

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N°

402

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Julio-A. PIÑEYRO

Né à Santo Domingo (Rép. Dominicaine)

le 2 Août 1888

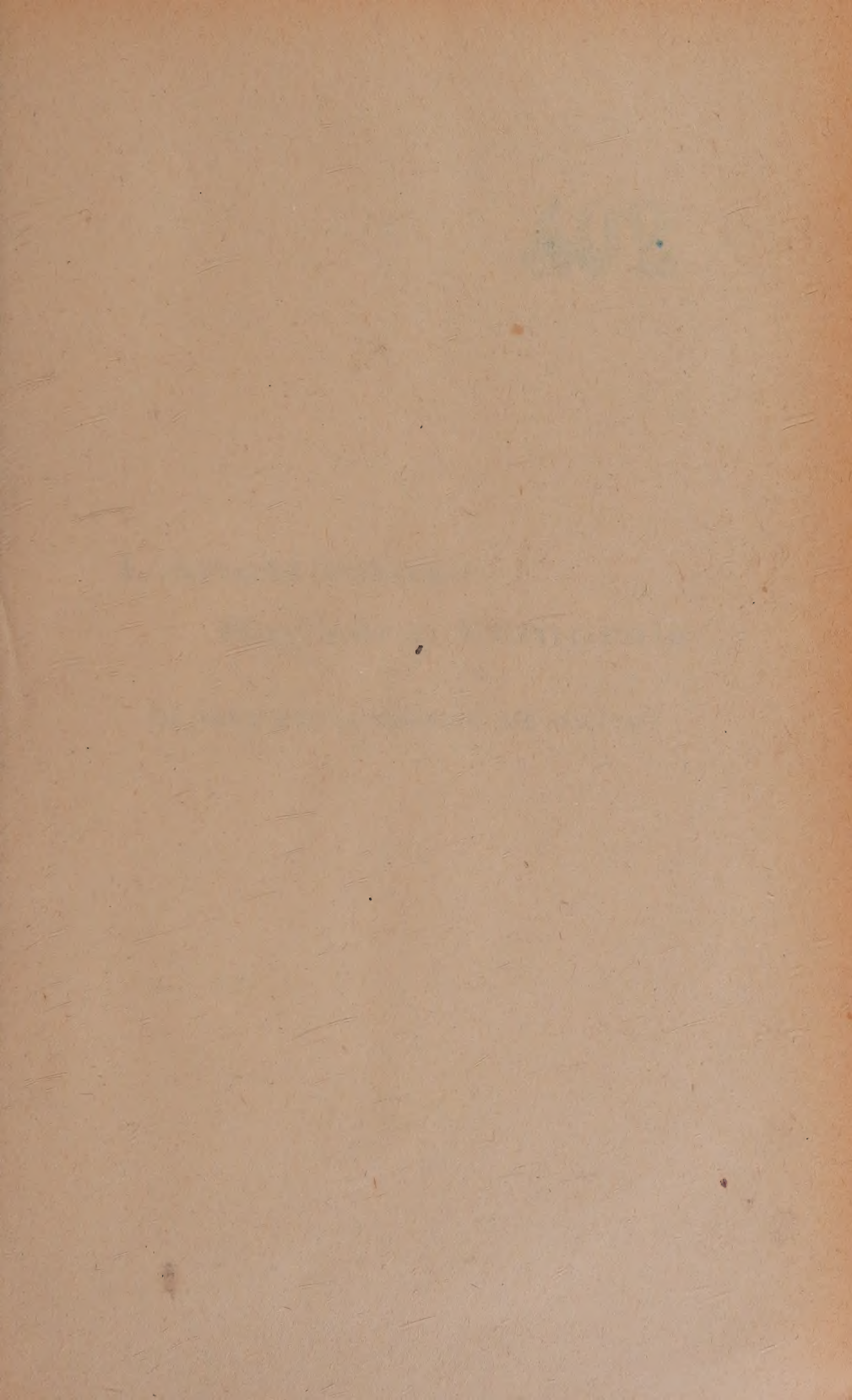
L'ANASTOMOSE SAPHÈNO - FÉMORALE

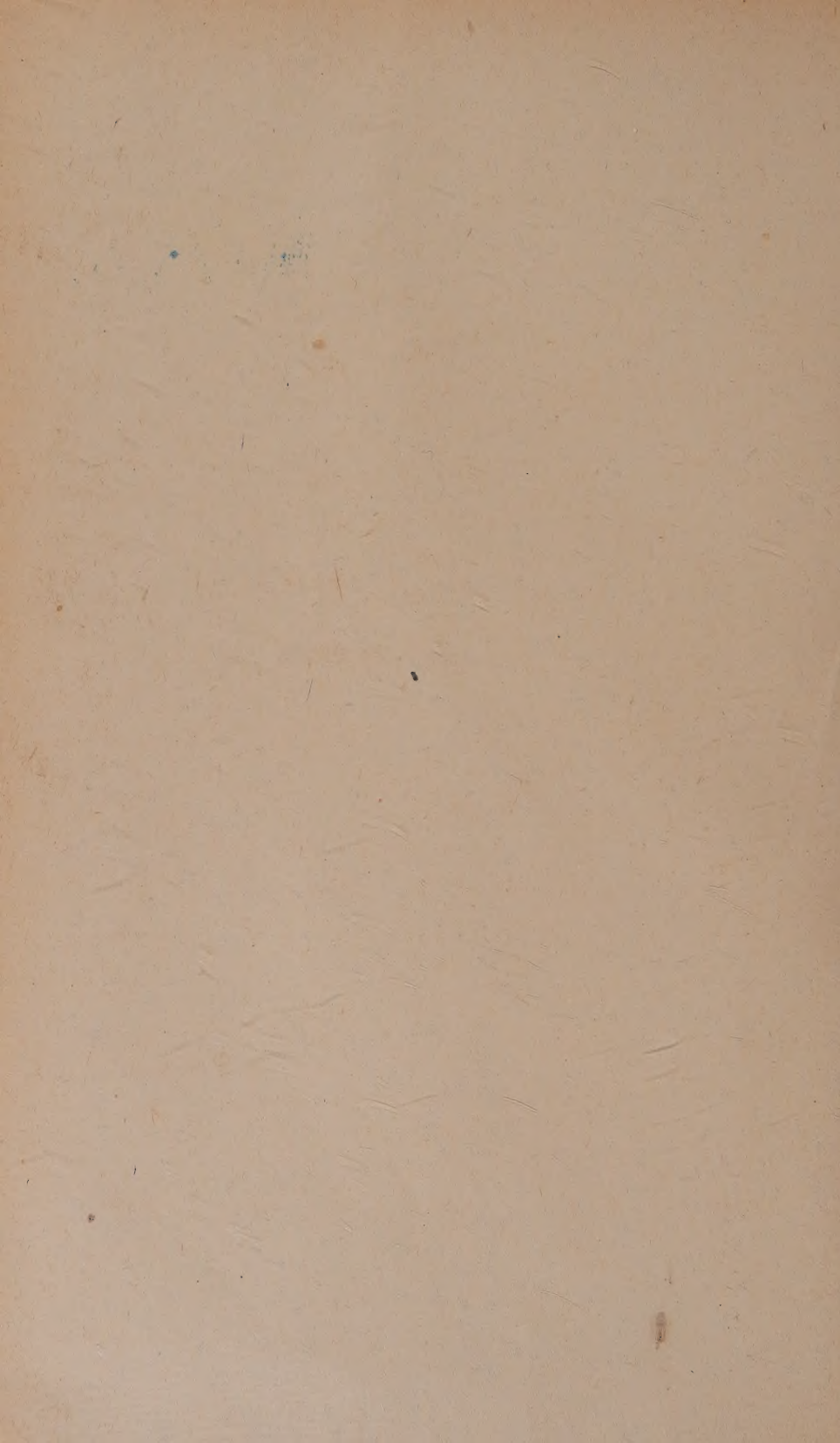
Ses indications, Sa technique, Ses résultats

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR
PIERRE DELBET

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

AUX ÉDITIONS RHÉA
21, Rue Cujas, PARIS 5^e





402

L'Anastomose Saphèno-Fémorale

SES INDICATIONS, SA TECHNIQUE, SES RÉSULTATS

100

L'Anesthésie

Séparation des

DES INDICATIONS DE TECHNIQUE DES MÉTHODES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(Mention MÉDECINE)

PAR

Julio-A. PIÑEYRO

Né à Santo Domingo (Rép. Dominicaine)
le 2 Août 1888

L'ANASTOMOSE SAPHÈNO - FÉMORALE

Ses indications, Sa technique, Ses résultats

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DU PROFESSEUR
PIERRE DELBET

Président : M. PIERRE DELBET, Professeur

AUX ÉDITIONS RHÉA
21, Rue Cujas, PARIS 5^e



LE DOYEN..... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS.
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale	Ch. RICHET.
Chimie organique et chimie générale	André BROCA.
Bactériologie	DÉSGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BEZANÇON.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBÉ.
Pathologie chirurgicale	SICARD.
Anatomie pathologique	LECÈNE.
Histologie	LETULLE.
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT.
Thérapeutique	RICHAUD.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MENETRIER.
	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	TEISSIER.
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET.
Clinique des maladies infectieuses	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	De LAPERSONNE.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
Clinique gynécologique	BROCA Auguste.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VAQUEZ.
Clinique thérapeutique médicale	SEBILEAU.
Clinique oto-rhino-laryngologique	DÜVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.	Pathologie médicale.
ALGRAVE.	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.	Pathologie médicale.
BASSET.	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.
BINET.	Physiologie.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.
BRANCA.	Histologie.
BRULÉ.	Pathologie médicale.
BUSQUET.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.	Histologie.
CHIRAY.	Pathologie médicale.
CLERC.	Pathologie médicale.
DEBRÉ.	Hygiène.
I. DE JONG.	Anatomie pathologique
DUVOIR.	Médecine légale.
ÉCALLE.	Obstétrique.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expérimentale.
HARVIER.	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER.	Urologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.
JOYEUX.	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER.	Obstétrique.
LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE.	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE.	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU.	Pathologie chirurgicale.
METZGER.	Obstétrique.
MOCQUOT.	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.	Pathologie chirurgicale.
MULON.	Histologie.
PHILIBERT.	Bactériologie.
RIBIERRE.	Pathologie médicale.
RICHET Fils.	Physiologie.
ROUVIÈRE.	Anatomie.
STROHL.	Physique médicale.
TANON.	Pathologie médicale.
TIFFENEAU.	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique.
VERNE.	Histologie.
VILLARET.	Pathologie médicale.
WELTER.	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS.	Physiologie.
GOUGEROT.	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.	Obstétrique.

MM.

RETTERRER.	Histologie.
ROUSSY.	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale in- fantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infan- tile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN.	Cliniq. ophtalmologique.
LEPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni im-
pro-
bation.*

A LA MEMOIRE VENEREE DE MA MERE,

A LA MEMOIRE DE MON PERE

TRES REGRETTE,

Souvenir d'amour filial.

A la mémoire de mes frères ANGEL et ARMANDO.

A MES CHERS FRERES,

faible témoignage de ma vive affection et de ma
profonde reconnaissance.

A MA FAMILLE.

A MES ONCLES ET COUSINS.

A M. RICARDO PINEYRO.

A la mémoire du Docteur HECTOR DE MARCHENA.

A la mémoire de HENRY FAVE,
Juge honoraire au Tribunal à Avignon,
Médaille des anciens combattants 1870-1871,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A la mémoire de MARCEL FAVE,
Mort pour la France à Issoncourt (Meuse),
le 10 septembre 1914.
Médaille militaire, Croix de guerre.

A M. le Comte PIATI DAL POZZO

A mon ami M. ENRIQUE DESCHAMPS,

A mes amis les Docteurs TULIO FRANCO-FRANCO
et ERNESTO E. VALVÉRDE.

A mes amis :

A son Excellence le Docteur ADOLFO A. NOUEL,
Archevêque de Saint-Domingue, Primat d'Amérique,
Comte assistant du Trône Pontifical,
Grand Officier de la Légion d'honneur, etc...

A M. le D^r FEDERICO HENRIQUEZ Y. CALVAJAL
Président à la Cour de Cassation de Saint-Domingue,
Professeur à la Faculté de Droit,
Ancien Ministre
de la Justice et de l'Instruction publique.

A M. le Docteur RAMON BAEZ,
Recteur de l'Université,
Ex-président de la République,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MM. les Docteurs SALVADOR B. GAUTIER, ARTURO
RULLON, EMILIO DE MARCHENA, RODOLFO COI-
SCOU, OCTAVIO DEL POZO, ANTONIO ELMUDESI,
FERNANDO A. DEFILLO, JOSÉ DOLORES, ALFON-
SECA ARISTIDES FIALLO CABRAL, et JOAQUIM OBRÉ-
GON GARCIA.

Professeurs à la Faculté de Médecine de l'Université
de Saint-Domingue.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DELBET,

Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris.

Chirurgien de l'Hôpital Cochin,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

Avec l'expression de toute notre gratitude pour le
précieux enseignement qu'il nous a donné au cours de
notre séjour en France, son bienveillant appui et le sujet
de thèse qu'il nous a inspiré:

A mes maîtres dans les Hôpitaux de Paris

En chirurgie :

M. le Professeur BROCA

Professeur de Clinique chirurgicale infantile,
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants Malades

M. le Professeur WALTHER,

Professeur agrégé honoraire,
Chirurgien des Hôpitaux.

M. le Professeur HARTMANN,

Professeur de Clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

M. le Docteur POTHERAT,

Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

A M. le Professeur NICOLAS,

Professeur d'anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

M. le Professeur RECLUS

In memoriam

M. le Docteur CHAPUT,

In memoriam

M. le Professeur PAUCHET,

Professeur à l'Ecole de Médecine d'Amiens,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Michel.

En gynécologie :

M. le Professeur JEAN-LOUIS FAURÉ,
Professeur de Clinique gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Broca.

En oto-rhino-laryngologie :

M. le Docteur BOURGEOIS,
Oto-rhino-laryngologiste de l'Hôpital Laënnec.

En obstétrique :

M. le Professeur COUVELAIRE,
Professeur de Clinique obstétricale,
Accoucheur de la Clinique Baudeloque.

A M. le Professeur agrégé LEVY-SOLAL,
Accoucheur des Hôpitaux.

En urologie :

M. le Professeur LEGUEU,
Professeur de Clinique urologique,
Chirurgien de l'Hôpital Necker.

A M. le Docteur LEVEUF,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
avec tous nos remerciements pour les conseils éclairés
qu'il nous a donnés au cours de notre travail.

En médecine :

M. le Professeur GILBERT,
Professeur de Clinique médicale,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,

M. le Professeur WIDAL,
Professeur de Clinique Médicale,
Médecin de l'Hôpital Cochin.

M. le Professeur ACHARD,
Professeur de Clinique Médicale,
Médecin de l'Hôpital Beaujon.

M. le Docteur CAUSSADE,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,

M. le Professeur MARFAN,
Professeur de Clinique infantile,
Médecin de l'Hospice des Enfants-Assistés,

M. le Professeur JEANSELME,
Professeur des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

MM. les Docteurs GIRODE, MORNARD, MONOD,
en souvenir des années passées à la Clinique
du Professeur DELBET.

INTRODUCTION

Après un séjour de plus de douze ans dans les différentes cliniques médicales et chirurgicales de Paris, c'est un doux devoir pour nous qu'avant de quitter le beau pays de France, d'exprimer ici toute notre reconnaissance de l'hospitalité si large et chaleureuse que nous avons reçue. En dehors de l'accueil de sympathie qui ne nous a jamais fait défaut, nous avons eu le grand avantage de pouvoir nous instruire et nous perfectionner auprès des premières notabilités scientifiques des hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Paris. Grâce à cet enseignement si plein de clarté et de bon sens, nous pourrions retourner dans notre pays, où nous pourrions porter nos efforts à propager le flambeau de la culture française dont nous avons pu connaître l'incalculable valeur.

Depuis plus de quatre ans que nous suivons les remarquables leçons cliniques et le service du Maître que nous vénérons, M. le Professeur Delbet, bien des difficultés et des obscurités du domaine si vaste de la chirurgie moderne ont fait place à une compréhension

lumineuse des questions les plus ardues. Là nous avons appris que bien des affections, qui, trop souvent sont considérées comme secondaires et négligeables, inhérentes même au tempérament de l'individu, méritent la plus grande attention. Pour un homme de science, un chirurgien conscient de ses devoirs, il n'y a pas de petites affections. Une infirmité répétée sur des milliers d'individus quoique ne mettant pas leurs jours en danger, est infiniment plus importante à soigner au point de vue social qu'une affection rare qui n'atteint qu'isolément quelques sujets. C'est cette constatation qui nous a guidé à rechercher les causes et le traitement d'une des affections les plus négligées, mais en même temps une des plus répandues et les plus tenaces, en rapport avec la civilisation et ses exigences, nous voulons dire *les varices*. Qui n'a connu parmi ses relations, ses amis, ou sa propre famille, ce syndrome diagnostiqué le plus souvent par les malades eux-mêmes, caractérisé par de la pesanteur, de la tension douloureuse, s'accroissant après une journée de travail vers le soir, par un œdème douloureux associé à des veines turgescents. La multiplicité des traitements employés en général sans discernement, sans en rechercher la cause, ont souvent dirigé les porteurs de varices à s'adresser à une médication empirique qui n'a fait qu'aggraver leur état. Cette banalité des varices est tellement entrée dans les mœurs des pays civilisés, qu'on est arrivé presque à considérer le processus variqueux, comme un mal inhérent à notre vie habituelle et à le supporter tel un compagnon désagréable dont on ne peut se débarrasser.

Pourtant ces troubles légers du début finissent à la longue par créer de véritables impotents qui, finalement, arrivent à une réelle déchéance de l'individu, tant au point de vue physique que social.

Ayant été frappé par la fréquence des variqueux et ayant suivi de ces très nombreux sujets à la clinique du professeur Delbet, nous avons pu nous rendre compte de l'importance au point de vue social que peuvent présenter ces états veineux. En dehors du désagrément de l'obstacle qu'ils créent dans la vie quotidienne, dans la classe dite laborieuse, il y a également un côté national important à envisager. Les varices atteignent le plus souvent des jeunes gens en âge de service militaire, la présence de varices est une cause de leur mise dans le service auxiliaire, d'où un déchet considérable pour le service armé, d'individus autrement solides et bien portants. L'opération préconisée par notre maître le professeur Delbet, s'adonne à la cause même de ces varices, à l'insuffisance valvulaire; grâce à sa méthode, il est permis de restituer à l'armée un contingent considérable d'invalides. Nous avons pu le noter particulièrement pendant la guerre.

Toutes ces considérations nous ont amené à étudier d'une manière suivie et notamment dans ses résultats cliniques la méthode de l'anastomose saphéno-fémorale. La plupart des varices du membre inférieur étant dues à l'insuffisance valvulaire de la saphène interne, le procédé du Professeur Delbet est d'autant plus précieux, qu'il s'adresse à la majorité des cas. Les résultats opératoires immédiats sont toujours excellents, révélant à la sortie du malade la disparition de ses

troubles de même que l'absence de tout signe positif de l'insuffisance valvulaire qui est en cause. Il nous a semblée particulièrement intéressant de renforcer par une statistique plus étendue *les résultats éloignés* de cette opération, ce qui deviendrait encore plus démonstratif au point de vue de l'efficacité de la méthode. Dans ce but, nous avons recherché dans toutes les observations et relations opératoires du service de la clinique de l'hôpital Cochin, le compte-rendu de l'anastomose saphéno-fémorale, en relevant la date de l'intervention, le nom du malade et son adresse. Ayant écrit à tous ces malades, nous les avons convoqués pour en faire l'examen à l'hôpital et nous avons constaté ainsi de visu le résultat éloigné de l'opération. Ce procédé d'enquête en apparence si simple, nous a donné lieu à des difficultés considérables. En premier lieu, une grande partie des sujets ayant été opérés pendant la guerre ou même avant, notre enquête n'a pu les trouver : changement d'adresse, mort, etc... D'autres enfin, n'ont pas répondu malgré leur présence à Paris. Quoique nous ne puissions tenir cas de ces derniers, on ne peut les interpréter dans le sens de l'échec, car étant donné la mentalité de cette classe dite laborieuse et qui forme le plus fort contingent hospitalier, ces patients ne viennent à l'hôpital que quand ils souffrent; ils ne se dérangent pas et n'interrompent pas leurs occupations quand ils sont bien portants et satisfaits. Enfin, en éliminant tous ces opérés dont nous n'avons pu avoir de renseignements ultérieurs, il nous est resté environ un tiers des cas opérés, que nous avons pu revoir et examiner à des intervalles de temps souvent considérables

après leur opération. *Ce sont ces cas notamment qui forment la base et la partie personnelle de notre étude.* Toutes ces constatations ont été, en outre, complétées par une esquisse générale de l'anatomie, de la physiologie, pathogénie, clinique et technique opératoire de la méthode et appuyée par les résultats éloignés obtenus par d'autres auteurs. Dans un chapitre, nous envisageons également la comparaison avec d'autres traitements chirurgicaux qui nous permettront de tirer des conclusions en faveur du procédé du professeur Delbet.

Qu'il nous soit permis, en terminant, d'exprimer toute notre gratitude à notre cher maître M. le professeur Delbet, qui nous a fourni le sujet même de ce travail. Que son assistant, le docteur Leveuf, chirurgien des hôpitaux, reçoive ici l'expression de notre vive reconnaissance, pour tous les conseils précieux qu'il nous a donnés pour la mise au point et la vérification de notre documentation.

CHAPITRE I

Aperçu anatomique sur le système veineux des membres inférieurs

Dans la formation des varices des membres inférieurs, il faut considérer avant tout l'état des veines superficielles, surtout à la jambe et les anastomoses qu'elles forment avec le réseau veineux profond. En outre il faut tenir compte de la disposition des valvules dans ces deux systèmes.

A. — *Veines superficielles.*

Le réseau veineux superficiel est collecté par deux troncs principaux, la *veine saphène interne* et la *veine saphène externe*.

La *veine saphène interne* naît de l'anse interne de l'arcade veineuse dorsale du pied. De là elle passe au côté interne de la jambe, suivant un trajet dans une gouttière entre le bord interne du tibia et la masse mus-

culaire du mollet. Puis formant une courbe derrière le condyle interne elle se dirige vers la fosse ovale, là elle forme une crosse et se jette dans la veine fémorale.

Elle reçoit principalement les rameaux veineux du dos du pied et du côté interne du pied, puis du mollet et de la face interne de la jambe et de la face interne et antérieure de la cuisse.

Cependant on ne peut parler d'un trajet typique, car suivant les sujets, la veine saphène interne présente des variations individuelles. Ainsi on peut constater notamment des veines doubles, parallèles entre elles, communiquant déjà à la jambe et qui d'après Verneuil et Le Dentu (1) constituent en quelque sorte des *canaux de sûreté*.

A la cuisse souvent les veines honteuses, épigastriques superficielles et circonflexes ont leur embouchure à la partie terminale de la saphène interne, ce qui est d'une importance considérable au point de vue du traitement opératoire des varices comme nous aurons l'occasion d'insister plus loin.

La veine saphène externe prend sa naissance de la veine dorsale du pied, passe en arrière de la malléole externe, suit la ligne médiane de la face postérieure de la jambe jusqu'au creux poplité où elle se jette dans la veine poplitée. Cette veine qui dans sa partie terminale est sous-aponévrotique présente des anastomoses dans la région du mollet et surtout au creux poplité. Sou-

(1) LE DENTU. Circulation veineuse du pied et de la jambe. Thèse, Paris 1867.

vent quand la veine est multiple le tronc principal de la saphène externe se jette dans la saphène interne, tandis qu'une branche se jette dans la poplitée et qu'une autre se réunit au réseau profond veineux de la cuisse.

B. — *Veines profondes.*

Comme pour le membre supérieur, les veines du membre inférieur obéissent à la même disposition, à savoir qu'elles accompagnent en formation double le trajet des artères. Ainsi au pied on distingue les veines pédieuses, plantaires internes et plantaires externes. A la jambe sur la face externe on distingue des veines tibiales antérieures et postérieures, ces dernières grossies de la veine péronière.

La réunion de ces veines forme à partir de l'anneau du soléaire la veine poplitée, continuée par un tronc souvent unique, parfois dédoublé ou accompagné d'un canal collatéral.

La continuation de la veine poplitée, à partir de l'anneau du troisième adducteur prend le nom de veine fémorale, elle passe par le canal de Hunter et aboutit finalement à l'arcade crurale où on la retrouve sous le nom de veine iliaque externe. La veine fémorale à ses origines, peut se présenter sous l'aspect de deux ou trois veines à volume variable, encadrant l'artère, la plus volumineuse étant postérieure. Dans son trajet moyen la fémorale est le plus souvent unique, d'un calibre notablement supérieur; elle reçoit vers le haut la veine fémorale profonde pour constituer le tronc de la veine fémorale commune.

Verneuil (1) se basant sur la dilatation considérable du système veineux profond de la jambe chez les variqueux, admet que le début des varices se constitue dans ces veines et ce n'est que secondairement qu'il se formerait des varices des veines superficielles. Il décrit même dans ses publications ultérieures un tableau clinique, causé par ces varices profondes.

D'après Remy (2), ces dilatations veineuses à la région du mollet peuvent être trois ou quatre fois plus volumineuses que les veines superficielles. Cependant on constate que ces dilatations volumineuses sont normales. De même Hesse et Schaack (3) ont reconnu que les dilatations des veines profondes n'ont aucune relation avec les varices superficielles tout en pouvant co-exister. Hugues (4) et Valette (5) ont cité des observations de varices superficielles sans varices profondes. Alglave (6) a observé des faits analogues. Comme la

(1) Du siège réel et primitif des varices des membres inférieurs. Bull. Acad. de Méd. 14-III-1855. — Notes sur les varices profondes de la jambe envisagées au point de vue clinique; symptomatologie, diagnostic et traitement de cette lésion. — Gaz. hebdomadaire de Méd. et Chir. Paris, 5-VII-1865.

(2) RÉMY. Traité des varices des membres inférieurs. Paris.

(3) HESSE et SCHAACK. Die anatomisch-physiologische und Klinische Bewertung der saphéno-femorale Anastomose bei Varicen unter besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate dieser Operation. Beitr. z. Klin. Chir. 1921 t. 124, p. 1-84.

(4) HUGUES. Brit. Med. Journ. Février 1887.

(5) VALETTE. Cité par LEGENDRE. Thèse, Paris 1889.

(6) ALGLAVE et RETTERER. Les modifications structurales des veines variqueuses. — Bull. Soc. de Biol. 1907.

plupart des malades cessent de souffrir après avoir été opérés de leurs varices superficielles, il faut admettre, que si chez de vieux variqueux il y a présence de dilatations pathologiques des veines profondes, celles-ci sont secondaires aux varices superficielles et ne participent pas d'une manière marquée au tableau clinique du malade.

M. Delbet a démontré, par de nombreux examens, que ces veines avec leurs dilatations et leurs ampoules n'offraient pas les mêmes structures histologiques que la paroi des veines variqueuses. Leur paroi n'est pas épaissie, leurs valvules sont suffisantes car il est impossible de pratiquer une injection contre le sens du courant sanguin. D'autre part, même chez les sujets normaux ne présentant aucune altération de leur système veineux, M. Mocquot a relevé au cours de nombreuses dissections, ces mêmes dilatations. Par conséquent celles-ci n'ont aucune valeur.

D'après ce qui précède il s'ensuit que contrairement aux conclusions de Verneuil, le volume considérable des veines profondes de la jambe n'a rien de pathologique : c'est une disposition normale qu'on rencontre chez un grand nombre des sujets.

C. — *Veines communicantes et valvules veineuses.*

Entre les veines profondes et le réseau veineux superficiel il existe des anastomoses qu'on désigne sous le nom de veines communicantes. Celles-ci constituent

d'après Jarjavay (1) des canaux de sûreté entre les veines sous-cutanées et les veines profondes.

Ces communicantes ont été étudiées par de nombreux auteurs : Le Dentu (2), Rémy (3) et Giacomini (4); en relation avec le syndrome variqueux par Istomin (5) et Moro (6).

La disposition des valvules dans ces communicantes a une très grande importance; ces valvules régularisent la circulation sanguine de ces ramifications veineuses et conditionnent la direction du courant sanguin dans le membre inférieur. La plupart des auteurs ont trouvé que les anastomoses qui réunissent à la jambe la veine saphène interne avec les veines tibiales postérieures, de même que la veine saphène externe avec les veines péronières ont les valvules disposées de telle sorte que le courant sanguin court de la périphérie dans la profondeur et non inversement. Des auteurs anciens soutenaient

(1) JARJAVAY. Contribution à l'étude du système veineux des canaux de sûreté. — Thèse, Paris 1883.

(2) LE DENTU. Recherches anatomiques et considérations physiologiques sur la circulation veineuse du pied et de la jambe. — Thèse, Paris 1867 (pp. 1-805).

(3) RÉMY. Traité des varices des membres inférieurs. Paris.

(4) GIACOMINI. Osservazioni anatomie per service allo studio della circolazione venosa della ext. inf. — Acad. Méd. di Torino 1873.

(5) ISTOMIN. Eine neue Auffassung de Aortologie der Varicen. Verh. d. X. Russ. Chir. Koug., St.-Péterbourg, 1910.

(6) MORO. Veber die Pathogenese, die seveckmassigte Behandlung der Krampfaderm der unterar Extremitatep. — Brun's Beitr 3, Klin. Chir. 1910, t. 71, p. 420.

le contraire. Ceci est inexact. Dans les états normaux, *les valvules ne permettent la circulation dans les anastomoses que de la périphérie vers la profondeur. La direction inverse du courant sanguin ne peut se produire qu'avec l'insuffisance des valvules dans les anastomoses.* Dans ces cas d'insuffisances, le sang pénètre à travers les anastomoses des veines profondes dans les superficielles.

Quelques auteurs ont adopté un point de vue intermédiaire (Klotz (1), Ledderhose (2). Klotz d'après des expériences nécropsiques a constaté que chez certains sujets la circulation dans les veines pouvaient aller de la profondeur à l'extérieur et inversement, suivant la disposition valvulaire. Certaines de ces veines même ne possédaient pas de valvules. Theile et Henle adoptent également cette conception. Ledderhose admet que la disposition valvulaire de ces anastomoses ne donne lieu à aucune action valvulaire.

Notre maître le Professeur Delbet, malgré des examens multiples, n'a jamais constaté de valvules permettant une circulation de la profondeur à la superficie. En tout cas ceci ne peut constituer qu'une exception, car de nombreux faits cliniques démontrent que dans ces

(1) KLOTZ. Untersuchungen über die Vena saphena magna beim Menschen besonders rücksichtlich ihren Klappenverhältnisse. — Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. abt. 1887.

(2) LEDDERHOSE. Studien über den Blutlauf in den Venen anter physiologischen und pathologischen Vechältruissen Mitt Greuzgeb, 1906, Bd. 15.

veines communicantes la circulation se fait de la surface à la profondeur.

Les valvules de ces communications sont toujours placées à l'embouchure de celles-ci dans les veines profondes.

Malgré que la disposition de ces anastomoses soit loin d'être constante, on reconnaît cependant, presque toujours vers les mêmes endroits les principales communicantes entre la veine saphène et les veines tibiales postérieures. D'après Hesse-Schaack on reconnaît 1^{re} à 2 anastomoses derrière la malléole interne, 1 à 2 au tiers moyen de la jambe. L'embouchure de la saphène externe dans la poplitée constitue une communicante constante.

Par contre, à la cuisse, entre la veine fémorale et la saphène il n'y a que des liaisons indirectes, à part l'abouchement de la saphène interne dans la fémorale. Parmi les communicantes inconstantes, il existe un réseau délicat de rameaux vasculaires, réunissant ces deux systèmes, puis aussi des veines provenant des muscles adducteurs et se jetant dans la veine fémorale.

Sur 12 cadavres examinés et injectés, Istomin a trouvé des anastomoses constantes : 1^{re} au condyle du tibia ; 2^{re} au tiers moyen de la jambe ; 3^{re} à l'articulation du genou.

En résumé, le tronc de la saphène interne, par ses collatérales et ses anastomoses se trouve en communication avec le réseau veineux profond ; la direction du sens du courant sanguin se fait de la périphérie dans la profondeur.

CHAPITRE II

Anatomie des valvules des veines du membre inférieur

Les veines du membre inférieur, luttant contre l'action de la pesanteur, présentent de nombreuses valvules. La disposition de celles-ci varie, suivant qu'on la considère sur le réseau veineux superficiel ou profond. Par suite de la compression causée par la contraction musculaire, les veines profondes offrent un nombre plus considérable de valvules.

L'aspect de ces valvules est celui de nids de pigeons ou de bourrelets en forme de croissants, dont la concavité est tournée du côté du cœur. Elles présentent un bord supérieur libre et un bord inférieur adhérent. La texture de ces valvules est très fine, elles sont transparentes. Malgré cette finesse, elles sont très résistantes à la pression, comme nous le verrons plus loin.

On distingue, au point de vue de leur situation, les valvules en pariétales et ostiales.

Les pariétales se trouvent sur n'importe quel point de la paroi de la veine, en nombre variable.

Houzé de l'Aulnoit, sur la saphène interne, a estimé que le nombre des valvules variait de 11 à 20.

Bardeleben (1) a soutenu que seuls les troncs des saphènes interne et externe possédaient des valvules, celles de la saphène interne étant au nombre de 12, celles de la saphène externe beaucoup plus nombreuses. D'après cet auteur, les veines d'un calibre inférieur à 2 ^m/m ne possédaient plus de valvules.

Le nombre des valvules des veines profondes des membres, aussi bien du membre supérieur qu'inférieur, est beaucoup plus considérable. D'après Bardeleben, la veine tibiale antérieure en aurait de 9 à 12, la veine tibiale postérieure de 14 à 16, donc un nombre sensiblement plus élevé que celui du réseau veineux superficiel.

Des examens et des radiographies pratiquées par Löhr ont révélé que les branches secondaires des veines profondes des membres inférieurs possèdent également des valvules très rapprochées les unes des autres.

En 1887, Klotz (2), a trouvé que le nombre de valvules veineuses de la saphène interne chez le fœtus était

(1) BARDELEBEN. Du Klappendistang Gesetz. Ienaischer Zettechrft, 1880.

(1) BARDELEBEN. Ueber den Bau der Venenveränderungen und Klappensitz. Sitzungsberichte der Iena Gesellschaft, f. Med. 1887.

(2) KLOTZ. Untersuchungen über die vena saphena magna. Arch. f. Anat. 1887.

de 30 valvules; à mesure de la progression de l'âge, ce nombre diminuait; ainsi, à 25 ans, le nombre des valvules atrophiées de la saphène interne était de 5; à 54 ans, 12; à 70 ans, 26 valvules étaient atrophiées; si bien que chez les vieillards on ne retrouvait plus que 6 à 8 valvules suffisamment développées pour remplir leur fonction.

Par contre, Löhr (1) prétend avoir encore trouvé un nombre considérable de valvules chez des sujets même très âgés artérioscléreux, d'après des examens nécropsiques.

MM. Delbet et Mocquot, d'après de nombreuses vérifications, ont trouvé que chez l'adulte le nombre des valvules de la saphène interne à la cuisse était de 2 à 5, à la jambe de 1 à 3; chez de jeunes sujets, ce nombre était plus considérable, mais, en général, il était variable.

Ils ont également noté, que chez les individus âgés on rencontrait des valvules atrophiées réduites à des cercles fibreux.

Houzé de l'Aulnoit avait déjà décrit sur le tronc de la veine fémorale commune, à 3 ou 4 cm. au-dessous de l'arcade crurale une valvule à laquelle il accordait une importance primordiale.

Sur 24 examens cadavériques, Löhr (1), a trouvé dans tous les cas, une paire de valvules suffisantes au-dessus de l'embouchure de la saphène dans la veine

(1) LOHR. Ein Beitrag zur Varicenbehandlung. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1921, t. 165, p. 175.

fémorale et à une distance de 3, 4, 5 cm. de l'embouchure de la saphène.

Ces constatations sont en opposition avec la conception de Schambacher (1), qui n'a jamais trouvé une paire de valvules au-dessus de l'embouchure de la saphène interne. Par contre, Braune (2), les considère comme constantes.

Friederich (3) ne les a pas trouvés dans 35 % des cas sur 185 cadavres examinés.

Hesse et Schaack sur 100 cadavres ont constaté l'absence de ces valvules dans 23 % des cas.

MM. Delbet et Mocquot, sur 20 membres inférieurs examinés, ont noté que ces valvules manquaient dans cinq cas; dans cinq cas, la paire valvulaire, quoique présente, était insuffisante, et dans dix cas, c'est-à-dire 50 %, on ne peut attribuer une trop grande importance à sa valeur fonctionnelle, comme l'admettaient Houzé de l'Aulnoit et Braune entre autres.

Si maintenant nous considérons la région située au-dessous de l'embouchure de la saphène interne dans la fémorale, on voit qu'il y a présence constante d'une paire de valvules. En général, on en trouve même 2 ou 3 paires. D'après les estimations de Hesse et Schaack, dans 73 % des cas, il y aurait 2 paires de valvules, et dans 18 % des cas, trois paires.

(1) SCHAMBACHER. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1899, t. 53.

(2) BRAUNE. Das Venensystem des menschlichen Körpers, 2^e ed. Leipzig, 1889, Miller P., edit.

(3) FRIEDRICH. (In Slawinsky). — Centr. f. Allgem. Path. und path. Anat. 1899, t. X, p. 997; 1902, t. XIII, p. 952.

M. Delbet admet qu'il existe le plus souvent trois paires de valvules au-dessous de l'embouchure de la saphène interne. La première paire valvulaire, d'après notre maître, se trouve d'une manière constante à une distance de 5 à 13 cm. de l'arcade crurale, au-dessous de l'embouchure de la veine fémorale profonde dans la veine fémorale superficielle. Quand il existe 3 paires de valvules, la troisième siège à l'entrée du canal de Hunter. En descendant sur le trajet de la veine poplitée d'après Houzé de l'Aulnoit et les constatations du professeur Delbet, on rencontre 1 à 2 paires de valvules. S'il n'en existe qu'une seule paire, celle-ci se trouve au-dessous de l'embouchure des jumelles.

Il en est tout autrement de l'importance des valvules ostiales et spécialement celle de la saphène interne comme l'a démontré M. Delbet. Les valvules ostiales sont disposées à l'embouchure des veines superficielles dans les veines profondes. Deux valves supérieure et inférieure, en s'accolant, forment le plus souvent une ligne horizontale; parfois elles donnent l'impression d'un diaphragme percé à son centre d'une orifice circulaire (Delbet).

De toutes ces valvules ostiales, la plus constante est celle de la saphène interne. Elle est située à l'embouchure de celle-ci dans la veine fémorale superficielle. Dans 82 % des cas, elle serait constante (Hesse-Schaack), tandis que pour les professeur Delbet elle serait toujours constante; son apparente absence serait due à ce qu'elle est parfois rapportée un peu en amont de la saphène interne au lieu d'être exactement placée à l'embouchure de cette veine. En effet, Hesse et

Schaack ont ainsi trouvé, sur 100 cadavres, la valvule ostiale dans 16 cas, déplacés de 1-3 centimètres de l'embouchure. Et c'est seulement dans 2 % des cas que réellement cette valvule n'existait pas.

A la jonction de veines superficielles avec les profondes, il y a toujours la présence d'une valvule ostiale; les veines profondes, à leurs abouchements dans les gros troncs, n'ont pas de valvule ostiale, mais il en existe d'une façon constante dans le tronc, en amont du confluent, une valvule que le professeur Delbet appelle la valvule sous-confluente. D'après notre maître, dans la branche affluente, la première paire valvulaire est toujours à une certaine distance 2-3 centimètres au plus; souvent cette branche reçoit des rameaux immédiatement en amont de son embouchure et sa première paire valvulaire est rapportée au-delà du confluent des rameaux : elle est aussi sous-confluente.

Cette disposition est nette pour l'abouchement de la veine fémorale profonde dans la veine fémorale superficielle. La première poire valvulaire de la fémorale superficielle est toujours placée immédiatement en amont de l'abouchement de la fémorale profonde : c'est une valvule sous-confluente. Dans la fémorale profonde elle-même la première paire valvulaire est rapportée à 2, 3, 4 centimètres, en général, en amont de l'abouchement d'un rameau musculaire : c'est encore une valvule sous-confluente. D'après M. Delbet, cette disposition se retrouve pour toutes les veines profondes du membre inférieur.

Dans les veines superficielles, la distribution de valvules est moins régulière, mais il y a presque toujours

une valvule en amont de l'embouchure des collatérales de la saphène interne.

Physiologie des valvules veineuses du membre inférieur

En étudiant les conditions physiologiques de ce système veineux valvulaire du membre inférieur, on voit que les valvules empêchent le courant sanguin de rétrograder. En effet, les valvules pariétales faisant office de soupapes mobiles se redressent pour obturer la lumière des vaisseaux et empêcher le sang de revenir aux capillaires, soutenant ainsi, en la segmentant, la longue colonne veineuse du membre inférieur. La démonstration nous est fournie sur le vivant par l'expérience classique de Fick. En vidant une veine d'un membre en position déclive, puis en exerçant une pression sur les deux extrémités pour empêcher le sang de circuler, on constate, en supprimant la pression du bout central, que la veine se remplit jusqu'à la première valvule et qu'elle reste vide au segment situé au-dessus de cette valvule.

On peut donc conclure que sans la présence des valvules fonctionnantes, pendant la contraction musculaire, le sang projeté n'aurait pas de direction déterminée; il se produirait au cours de la décompression veineuse, un appel aussi bien en aval qu'en amont, une véritable circulation double. Tandis que grâce aux valvules, pendant la contraction musculaire, la circulation veineuse est assurée du côté du cœur et pendant

la décompression l'appel se fait exclusivement dans le segment vidé.

Les valvules ostiales ont pour but de s'opposer également au cours rétrograde de la circulation veineuse, par exemple, de la veine fémorale dans la veine saphène interne. Cette valvule ostiale de la veine saphène interne, joue le rôle d'une soupape de sûreté empêchant le reflux du sang de la fémorale, dans la saphène où la pression sanguine ascendante n'est que très indirectement favorisée par la compression intermittente des muscles. Si dans certaines circonstances, la pression dans la fémorale devient plus considérable, c'est alors qu'intervient le rôle de soupape de la valvule ostiale qui se ferme, formant ainsi un barrage protecteur du domaine veineux de la saphène.

Le rôle des valvules sous-confluentes est sensiblement analogue, maintenant le sens du courant sanguin dans le tronc de la veine principale et empêchant les à-coups, produits par des changements brusques de pression.

Cependant tous les auteurs ne sont pas d'accord sur le rôle joué par les valvules veineuses. Ainsi Bardeleben. (1), ayant constaté la situation des valvules par rapport au confluent veineux, les interprétait chez l'adulte comme des reliquats embryonnaires.

Ledderhose (2) ne leur attribue qu'une très faible

(1) BARDELEBEN. *Jenaische Zeitsch. f. Naturwissenschaften*, 1880, t. 14, N. F., t. 7.

(2) LEDDERHOSE. *Die Bedeutung der Venenklappen und ihre*

importance dans les conditions habituelles, elles ne joueraient pour lui un rôle actif que dans le cas où surviendraient des différences de pression considérables. Néanmoins ces conceptions ne se trouvent pas confirmées par la plupart des anatomistes, physiologistes et chirurgiens. D'après Ladderhose, on n'a pas suffisamment différencié entre le courant de reflux et la stase de reflux. En général, les divers actes de la vie habituelle, tels que les changements de position du corps n'ont aucune influence sur les valvules veineuses. Les variations de pression qui se produisent se trouvent égalisées dans les veines par stase de reflux dans certains territoires, sans qu'interviennent les valvules veineuses.

Ces restrictions ne semblent pas justifiées, car il n'est pas besoin de changements brusques de pression pour que ces valvules se ferment.

D'autre part sur des pièces opératoires et des examens cadavériques on a pu démontrer que le rôle des valvules est considérablement plus important que ne l'admettait Ledderhose. Ainsi les injections dans les veines montrent qu'avec des différences de pression minimales dans le courant principal et les branches latérales, il se produit avec l'augmentation de pression dans le courant principal une occlusion immédiate des valvules dans les branches latérales.

Beziehungen zur den Varicen. Deutsch, Med. Woch., X, 1904.
— Studien über den Blutauf in den Hautvenen unter phystologischen und pathologischen Bedingungen, Mitt. Grezgeb. Bd. 15, pp. 355-420, 1906.

Les recherches anatomo-expérimentales de Loewenstein ont révélé que l'élévation de pression la plus minime suffisait à fermer les valvules.

A de nombreuses reprises on a pu vérifier la force et la résistance des valvules.

Braune (1) n'a pu briser la résistance des valvules de la veine fémorale qu'en atteignant une pression de mercure dépassant 180 cm³; dans 15 cas, il a pu faire facilement dépasser cette pression.

Dans quatre cas, Loewenstein a pu constater que même avec une colonne de mercure de 500 millimètres, les valvules restaient suffisantes.

Moro (2) a déterminé que la valvule ostiale de la veine saphène interne pouvait supporter 190 cm. de mercure.

Pour produire l'insuffisance valvulaire, il faut d'après Moro que la pression dans la saphène arrive à 80-110 cm. de mercure, en moyenne 90 cm.

Sur des veines au milieu des tissus, pour vaincre les valvules, écrit le Professeur Delbet, il faut une pression plus considérable allant jusqu'à 170 cm³ de mercure. De même il faut considérer que les expériences sur les cadavres n'ont qu'une valeur relative par rapport aux observations faites sur le vivant.

(1) BRAUNE. Das Venensystem des menschlichen Körpers. Leipzig. 1889.

(2) Ueber die Pathogenie und die zweckmässigste Behandlung der Krampfader der unteren Extremität. Brun's Beitz z. Klin. Chir. 1910. Bd. LXXI, p. 420.

Ainsi Kocher (1), au cours d'une opération pour des varices à la région du genou, chez une malade de 38 ans, a pu introduire une canule en verre qu'il fixa dans ces veines. Au moyen d'un tuyau, qu'il remplit de sérum physiologique il détermina la pression hydrostatique de la veine en position debout, assise et couchée. La pression dans la position debout était de 44 cm. de la colonne d'eau, 26 cm. en position assises et 15 cm. en position couchée.

Mais déjà bien avant Kocher, le Professeur Delbet (2) en 1897 avait réalisé une expérience analogue chez un homme de 53 ans, un fort de la Halle, qui avait présenté une rupture variqueuse à la jambe droite. En introduisant une canule en relation avec un manomètre à mercure, il put mesurer la pression au bout central et au bout périphérique de la veine.

Non seulement le Professeur Delbet mesura la pression dans les diverses positions mais encore il les associa aux efforts effectués par le malade dans ces positions. Nous rapportons ici les chiffres obtenus par notre maître :

	Segment supérieur	Segment inférieur
	Centimètres	Centimètres
Malade allongé...	1.6	3
Effort debout.....	16	6
Effort très violent	26	10

(1) KOCHER. Th. Verein fachung der operativen Behandlung der Varicen. Deutsch. Zeitsch f. Chir. 1916, t. 138, p. 115.

(2) DELBET (Pierre). Du rôle de l'insuffisance valvulaire de

On voit donc que pendant un effort violent, la pression s'est élevée dans le bout central de la veine saphène à 26 centimètres de mercure, pression véritablement énorme puisqu'elle est de beaucoup supérieure à celle du système artériel (Delbet).

On peut conclure de toutes ces expériences qu'on a affaire à une pression hydrostatique importante en ce qui concerne les veines variqueuses du membre inférieur. Les valvules saines s'opposent à cette pression; quand elles sont pathologiquement altérées c'est-à-dire quand elles deviennent insuffisantes ou qu'elles sont complètement déficientes, nous serons en présence de conditions favorisant le développement des processus variqueux.

Les valvules qui présentent le plus de résistance se trouvent à la moitié supérieure de la cuisse ; dans la veine fémorale et la veine saphène interne. Contrairement à Houzé de l'Aulnoit, qui prétendait que la première valvule de la fémorale commune, située au-dessus de l'embouchure de la saphène interne était la plus résistante, il faut admettre que cette valvule est la plus faible et souvent insuffisante.

Les valvules veineuses de la jambe sont notablement moins résistantes que celles de la cuisse.

la saphène interne dans les varices du membre inférieur. — Semaine Médicale, 1897, n° 47, p. 572.

CHAPITRE III

L'insuffisance des valvules dans les veines variqueuses et le rôle de cette insuffisance dans l'apparition des varices.

Les varices de la saphène interne sont dues à l'insuffisance valvulaire de cette veine.

Au cours des interventions pour les varices, on constate qu'à la section de la saphène interne le sang s'écoule par les deux bouts. L'écoulement périphérique s'effectue à jet continu, tandis que l'écoulement central est en rapport avec les mouvements respiratoires; il est rythmé et abondant.

Une injection poussée sur le cadavre par la veine iliaque externe dans la direction de la veine fémorale est incapable de remplir les veines fémorales et saphène, la valvule ostiale de la saphène et les valvules sous-confluentes de la fémorale s'opposent au passage du liquide.

Par contre, ces conditions se trouvent modifiées en

présence des veines à valvules insuffisantes. Si nous répétons dans ce cas l'injection, celle-ci passe sans aucun effort dans la saphène interne, remplissant toutes les ramifications variqueuses, les valvules ne formant plus barrage au liquide d'injection. Ces faits s'enregistrent aussi bien sur des pièces opératoires que dans les examens pratiqués sur le cadavre.

Notre maître, le professeur Delbet, fit des expériences sur trois cadavres et vingt-et-une pièces opératoires. Sur les sujets atteints de varices de la saphène interne, écrit-il, les injections à contre-courant poussées par la saphène, remplissent toutes les veines variqueuses, hors celles qui sont thrombosées, toutes sont distendues. Aucune valvule suffisante ne défend plus des veines contre le reflux de haut en bas, et aucune veine variqueuse n'échappe à ce reflux.

Sur un cadavre présentant un membre inférieur gauche avec une veine saphène interne normale et du côté droit une veine variqueuse, l'injection donna les résultats suivants : l'injection poussée de haut en bas a démontré suffisante la valvule ostiale de la veine saphène gauche, résistant à une pression considérable ; par contre, cette résistance se trouva facilement rompue du côté droit, le liquide remplissant sans effort toutes les ramifications variqueuses jusqu'aux régions les plus inférieures de la jambe.

M. Delbet vérifia l'insuffisance valvulaire sur des veines variqueuses enlevées sur le vivant et injectées à contre-courant après la ligature des collatérales.

Toutes ces expériences ont conduit notre maître à la conclusion suivante :

L'atrophie valvulaire est primitive, elle précède les dilatations veineuses.

Contrairement aux déductions soutenues par divers auteurs, sur l'importance du nombre des valvules, celui-ci est négligeable, seule la qualité des valvules importe dans l'apparition des varices. Ainsi malgré que Slawinsky (1) pensait trouver une relation de cause à effet entre le grand nombre des valvules en rapport avec la phlébectasie et que Fischer (2) concluait de ces constatations que les valvules insuffisantes n'avaient pas un rôle étiologique considérable dans la production des varices, seule la valeur fonctionnelle de la valvule est en question. L'atrophie de ces valvules conduit à l'insuffisance; la présence de ces valvules n'est importante que lorsqu'elles sont suffisantes ou insuffisantes, leur nombre n'y fait rien.

M. Delbet, sur des pièces opératoires et autopsiques, a constaté que la présence d'une valvule suffisante et saine protège le segment veineux sous-jacent ou les ramifications veineuses situées en amont de la dilatation variqueuse, tandis que les processus variqueux et la dilatation du segment veineux sont sous la domination des valvules insuffisantes.

La position des ampoules des veines variqueuses est variable. M. Delbet a présenté de nombreuses pièces

(1) SLAWINSKY. Centralblatt für allgemeine Pathologie und patholog. Anat. vol. X, 1899, p. 997 et vol. XIII, 1902, p. 952.

(2) FISCHER. Die Pathogenie und Phlebektasie. Arch. f. Derm. u. Syph. 1904, vol. XX, p. 195.

opératoires de veines variqueuses dilatées, montrant des ampoules aussi bien au-dessus qu'en dessous des valvules et même des valvules se trouvant au milieu d'une ampoule. Slawinski les admettait toujours au-dessus d'une valvule, tandis que Lowenstein (1) les trouvait au-dessous. L'apparition des ampoules, d'après Fischer, serait sans relation avec les valvules; cette affirmation est inexacte, car en cas d'insuffisance valvulaire, le segment veineux sous-jacent donne toujours lieu à une dilatation.

On peut donc établir que la dilatation est la conséquence de l'insuffisance valvulaire et non pas la cause. Avec une valvule de la saphène saine, il n'y a aucune dilatation de la veine sous-jacente; avec une valvule ostiale des collatérales suffisantes, il n'y a également pas d'augmentation du volume de celle-ci. La variabilité topographique des varices est donc régie par l'insuffisance valvulaire.

Cependant il existe des cas où, malgré la présence de varices des collatérales de la veine saphène interne, le tronc de celle-ci se trouve intact. Ceci s'explique par la disposition de la valvule ostiale de la saphène qui, au lieu d'être ostiale est juxta-ostiale, ce qui permet à une collatérale de se jeter entre cette valvule et l'embouchure de la saphène. Si cette collatérale ne possède pas elle-même une valvule suffisante, elle subira une dilatation variqueuse malgré l'intégrité du tronc de la saphène.

(1) LOWENSTEIN. Die Venenklappen und die Varicenbehandlung. Mitt. d. Grenzgeb, Bd. XVIII.

Plus loin, nous insisterons sur l'importance qui en résulte dans l'anastomose saphéno-fémorale, de la resection de la crosse de la saphène jusqu'à son embouchure, si on veut éviter l'éventualité d'une pareille complication. Le but de l'anastomose saphéno-fémorale, créé par le Professeur Delbet, sera donc de remédier à cette insuffisance valvulaire, en favorisant la circulation de retour en un endroit où les valvules suffisantes protègent la saphène des excès de pression.

Des troubles métaboliques dans les veines variqueuses

Il nous semble intéressant de rapporter des recherches récentes pratiquées dans le sang des varices, au point de vue clinique. La modification de la composition chimique du sang des varices est une des conséquences de l'insuffisance valvulaire.

Klapp (1) a recherché s'il n'y avait pas de différences au point de vue de l'azote résiduel dans le sang des varices du membre inférieur comparé au sang veineux du membre supérieur.

Sur 43 sujets porteurs de varices, il a trouvé que :

1° Dans un petit nombre de cas, 4 sur 40, le contenu en azote résiduel dans le sang veineux de l'avant-bras

(1) KLAPP R. Experimentalle und Klinische Studie über Varicen Arch. f. Klin. Chir. t. 127, p. 127, p. 500-513.

était supérieur que celui du sang de la veine saphène du même sujet.

2° Que dans un autre pourcentage de cas, 6 sur 43, l'azote résiduel dans le sang veineux de l'avant-bras était égal à celui de la jambe variqueuse.

3° Que dans le plus grand nombre de cas, 33 sur 43, le sang des varices était plus élevé, dans certains cas de beaucoup plus élevé que le résidu d'azote du sang veineux du bras.

Schafer (1) a recherché chez des sujets normaux non porteurs de varices, s'il y avait présence d'une différence entre l'azote résiduel du sang veineux du membre supérieur et du membre inférieur. Chez ces sujets, en apparence bien portants, il n'est pas rare de constater un contenu en azote résiduel plus élevé dans les veines du territoire de la saphène; cette constatation ouvre le champ à différentes explications possibles.

On doit admettre que le contenu en azote résiduel varie dans le sang; par suite du ralentissement de la circulation ou de stase il se développe des conditions particulières.

Les conditions de pression physique jouent un rôle certain pour cette explication. La pression sanguine dans les varices est habituellement considérablement augmentée. Cependant la pression des veines sous-cutanées du membre inférieur est plus élevée qu'au bras.

La pression dans les veines de la jambe, d'après Jacobson, est au-dessus de + 1,0 cm. de mercure, dans

(1) SCHAFER. In Klapp., p. 500.

les veines du bras, de + 0,5 à 1,0 cm. Comme nous l'avons vu la pression dans la saphène, d'après le professeur Delbet, en cas d'insuffisance valvulaire, monte à 16, et pendant les efforts jusqu'à 26 cm. de mercure. Cette augmentation de pression est due à l'insuffisance valvulaire et à la station debout. Aussi faut-il considérer l'augmentation de l'azote résiduel dans les veines sous-cutanées du membre inférieur comme une conséquence de la pression exagérée de la difficulté de la circulation de retour.

En résumé, dans le sang des varices, on trouve souvent un contenu plus élevé de produits résiduels du métabolisme que dans les veines sous-cutanées de l'avant-bras chez le même individu.

Dans le sang de sujets en apparence bien portants, on trouve plus souvent une différence entre les veines sous-cutanées antibrachiales et celles de la jambe.

Le tronc de la veine saphène variqueuse à cause de sa contenance en sang beaucoup plus considérable renferme une quantité plus notable de résidus ; il s'ajoute encore une contenance plus élevée d'acide carbonique.

Par suite de la pression élevée dans la veine saphène variqueuse à valvules insuffisantes, il se produit comme au cours de l'anesthésie par voie veineuse de Bier, une imprégnation de retour du sang riche en résidus dans tous les tissus du membre inférieur, qui ne peut se décharger de ces substances, même en position horizontale, que difficilement, tandis qu'avec un membre inférieur sain, cela se produit facilement.

C'est ainsi qu'il se forme un *trouble métabolique régional* qui n'est pas entièrement expliqué.

Ce trouble métabolique régional serait à considérer comme la cause des manifestations secondaires du système variqueux et pourrait ainsi provoquer des altérations de tous les tissus (peau, ongles, vaisseaux, nerfs, os, articulations).

A. *L'Histologie des veines variqueuses.*

Grâce à des examens anatomo-pathologiques, et à la possibilité de se rendre compte de l'état des veines variqueuses avant et après l'anastomose, on démontre l'effet histologique de l'opération.

M. le professeur Delbet, en étudiant l'histologie pathologique préleva divers fragments de la saphène dont il fit une étude détaillée dans son traité; les coupes qu'il décrivit portaient également sur la veine saphène non variqueuse, normale, où la couche musculaire représentait environ le tiers de l'épaisseur de la veine, l'adventice une épaisseur à peu près identique, tandis que la couche interne était par place très mince et par place contenait des fibres musculaires longitudinales.

Au cours du processus variqueux, les trois couches vasculaires, l'adventice, la médiane et la couche interne subissent des altérations dans le sens de l'épaississement. Si l'on considère la paroi veineuse variqueuse à son *stade de début*, le *renforcement* et l'*augmentation* des éléments musculaires de la couche moyenne sont les plus apparents.

La musculature est *hypertrophiée*; presque uniquement formée de fibres musculaires circulaires; cette hypertro-

phie se manifeste particulièrement à la coloration par le Van Giesen.

Sur les préparations de Hesse-Schaack, la musculeuse comprend les deux tiers des parois des veines variqueuses; par place, écrit le professeur Delbet, elle occupe les trois quarts de l'épaisseur de la paroi.

Sur les coupes pratiquées sur les veines contractées, le rapport qui existe entre les différentes tuniques est un peu plus variable; injectées, la paroi distendue diminue d'épaisseur parfois d'une façon inégale, suivant les points de la circonférence envisagée.

Cette hypertrophie de la musculeuse doit être interprétée comme l'expression d'un travail exagéré de la paroi veineuse; ce sont les fibres musculaires circulaires qui dominent. Au début, cette hypertrophie est capable de compenser l'insuffisance des valvules. Si le processus variqueux progresse, la paroi veineuse s'amincit, les éléments musculaires deviennent moins marqués, l'hypertrophie disparaît et on constate alors l'atrophie des fibres musculaires longitudinales. Le développement du tissu conjonctif passe au premier plan, il y a un début de sclérose de la paroi veineuse. La sclérose forme le stade ultime des varices. C'est au voisinage d'une insertion valvulaire que la tunique musculaire est la plus faible et que la paroi est la plus amincie. (Cadiat) (1).

Dans les préparations, les éléments conjonctifs dominent dans la tunique interne, celle-ci se présente irrégulièrement épaissie; cet épaississement est apparent, il

(1) GALANIDES. Les varices occultes. Thèse, Paris 1920.

est dû à la rétraction des veines. Dans les processus variqueux avancés, le tissu conjonctif est prédominant dans toutes les couches et la paroi veineuse, tantôt épaissie, tantôt très amincie, est presque exclusivement constituée de tissu conjonctif.

L'élément élastique bien développé est une condition préalable au fonctionnement correct de la paroi veineuse; sur les préparations avec coloration de l'élastique d'après Fränkel, ces fibres élastiques sont particulièrement visibles. Aux stades du début du processus variqueux, on trouve les fibres élastiques non seulement diminuées, mais augmentées. Les fibres élastiques se trouvent dans les principales couches vasculaires, en général disposées circulairement. Sur des coupes transversales, colorées d'après Fränkel, on voit les fines fibres onduleuses colorées en brun foncé. De nombreux éléments élastiques se trouvent dans l'adventice, là ils sont plus grossiers que dans la musculuse et l'intima, où ils forment des faisceaux ondulants.

L'augmentation des éléments élastiques aux stades de début des varices, de même que l'hypertrophie de la musculuse, doivent être considérées comme une manifestation compensatrice logique. Si le processus variqueux continue, peu à peu les fibres élastiques commencent à disparaître, à l'hypertrophie fait suite l'atrophie; ceci se produit cependant très lentement, car les fibres élastiques possèdent une très grande résistance de durée, et, à ce point de vue, elles se conservent le plus longtemps. Quand la veine, dans des conditions normales, travaille avec des *valvules suffisantes* ou qu'elle est soumise à un travail intensif, les fibres élastiques

sont bien développées. Si les conditions de la circulation veineuse deviennent défavorables, que les valvules deviennent insuffisantes, ou que la veine ne fonctionne plus, les fibres élastiques se dispersent, elles subissent l'atrophie.

CHAPITRE IV

Etude Clinique

Nous nous bornerons dans cette étude clinique des varices à nous occuper particulièrement des varices dépendant de la saphène interne, car ce sont elles qui sont le plus fréquemment observées et de même ce sont elles qui justifient l'anastomose saphéno-fémorale. Nous diviserons notre description en deux parties les *varices apparentes* et les *varices occultes*.

Varices apparentes

Si nous relevons l'âge du patient et le moment de leur apparition on note que ces varices sont observées en général le plus souvent entre 15 et 30 ans. Le moment de leur apparition ne peut être précisé qu'approximativement, les malades ne s'apercevant de leur présence que quand elles ont déjà acquis un certain volume.

Le début peut se manifester soit par des troubles fonctionnels, des signes physiques ou même des complications. Il peut être brusque, la varice peut surgir à la suite d'un traumatisme, telle qu'une chute, un effort violent. Généralement il est progressif, tardif, les symptômes douloureux ou de gêne attirant l'attention.

Le volume des varices est variable suivant les sujets. Il est à remarquer que chez les jeunes sujets il peut devenir considérable et ceci sans provoquer de troubles fonctionnels pendant une longue période. Les troubles fonctionnels par conséquent se sont pas en relation directe avec le volume des varices.

Nous avons pu le constater à plusieurs reprises dans nos observations.

Les complications peuvent également marquer le début des varices. A l'occasion de la rupture d'une varicosité ou de l'apparition d'un ulcère, le patient s'aperçoit pour la première fois de l'existence de ses varices.

Il faut distinguer des cas qui peuvent évoluer sans aucun trouble fonctionnel. Chez les jeunes gens notamment on peut relever des membres inférieurs avec des varicosités considérables sans qu'ils subissent le moindre inconvénient ; on les constate parfois chez les malades d'hôpitaux qui viennent se faire soigner pour une toute autre affection.

Mais le plus souvent les varices progressivement s'accompagnent de troubles fonctionnels qui augmentent d'intensité. Ces troubles s'expriment par une sensation de gêne, de pesanteur et de douleur, dus aux

troubles circulatoires et qui finissent par devenir une véritable souffrance pour le malade.

Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, ce ne sont pas les plus grosses varices qui donnent les troubles les plus marqués ; souvent on voit des individus âgés avec des varices peu apparentes pouvant leur causer des grandes souffrances. Se basant sur ces faits, Verneuil interpréta ces troubles marqués comme l'expression des varices profondes. Notre maître, le Professeur Delbet, a démontré que l'erreur de Verneuil provenait de l'ignorance qu'il était du rôle joué par les veines communicantes et du sens du courant sanguin dans les veines. Les varices profondes ne sont jamais primitives, elles ne se manifestent qu'après que le réseau veineux superficiel a été atteint par suite de l'insuffisance valvulaire ; les dilatations veineuses des veines profondes sont en général physiologiques ; d'autre part MM. Delbet et Mocquot ont démontré qu'histologiquement ces dilatations n'étaient pas des varices. En outre, on peut démontrer que ce paradoxe apparent de grosses veines variqueuses sans troubles fonctionnels et des varices peu apparentes des individus âgés avec de grands troubles est dû à la raison suivante : la tunique musculaire des veines chez les sujets jeunes sous l'influence de l'insuffisance valvulaire s'hypertrophie et grâce aux veines communicantes qui vident le sang des veines superficielles dans les veines profondes, il y a compensation. Chez les personnes dont la tunique musculaire est faible, déjà altérée, forcée, les troubles se manifestent alors que le volume des veines est resté à peu près le même car l'évacuation au mo-

ment des contractions musculaires se fait d'une manière défectueuse.

Contrairement à cette disparité entre les troubles fonctionnels et le volume des varices il y a un parallélisme fort net entre les troubles fonctionnels et les troubles circulatoires. A une gêne du système circulatoire sanguin correspondent des symptômes de gêne, de tension, de pesanteur, de douleur, de crampe. Suivant les sujets les douleurs peuvent varier en intensité et se localiser sur un trajet plus ou moins étendu du membre inférieur. La pesanteur, la faiblesse même des jambes se marquent surtout vers la fin de la journée après que le malade est resté debout depuis son réveil. Les crampes sont également un symptôme qui n'est pas rare, augmentant vers le soir après une station debout prolongée.

La topographie des varices est en relation avec l'état des valvules, les varices de la saphène interne dépendent de l'insuffisance de valvule ostiale ; aussi ces varices s'étendent sur le trajet de cette veine sous l'aspect d'un cordon plus ou moins sinueux, et suivant le degré de l'affection on verra des ramifications tortueuses partir du tronc principal. Ces ramifications ne sont atteintes que secondairement quand leurs propres valvules sont devenues insuffisantes.

Cependant si cet aspect est le plus fréquent, il arrive qu'une des anastomoses peut devenir insuffisante et grâce à elle le territoire de la saphène interne se trouvera débordé et on constatera alors également des varices de la saphène externe.

Le siège le plus fréquent au début, est à la jambe

et surtout à sa partie inféro-interne. Si à la première impression on admettrait plus facilement que les varices devraient siéger à la cuisse, étant donné l'insuffisance de la valvule ostiale, on n'a qu'à se rappeler les principes de physique pour reconnaître cette erreur d'appréciation. En effet, l'augmentation de pression est conditionnée dans la station debout par la hauteur de la colonne liquide de sang ; le maximum de pression s'exerce à la partie inférieure de la jambe ; le plus souvent on trouve un paquet variqueux à la partie interne du genou. Par contre à la cuisse les varices sont moins développées et ne font pas saillie sous la peau.

Les varices les plus volumineuses, les plus dilatées sans cependant donner lieu à des troubles fonctionnels, se présentent chez les jeunes gens, ce sont les « varices juvéniles » de Delbet. Dans nos observations nous avons relevé plusieurs cas semblables âgés de 16 à 21 ans.

Comment se présentent les varices dans les différentes positions du corps ? Examinées dans le *décubitus dorsal*, les varices sont vides, aplaties, peu apparentes, formant de simples lacis bleuâtres aux endroits où la peau est transparente. Cet état est encore plus effacé quand on élève la jambe au-dessus du plan de lit ; les varices disparaissent complètement sauf chez les sujets obèses avec des varices déjà à un stade avancé. Dans ce dernier cas, quand la tunique musculaire a perdu sa faculté de contractilité, chez un sujet gras, en élevant la jambe on voit des dépressions correspondantes à des ampoules veineuses.

Dans *la station debout* le tableau est tout différent. On voit les varices se gonfler instantanément, devenir proéminentes, tendues, saillantes, sous une tension considérable. Si on examine dans cette position le malade à la fin de la journée, on observe de l'œdème des malléoles associée à une dilatation veineuse énorme. Ces faits sont en rapport avec l'épuisement de la tunique musculaire ayant résisté pendant toute une journée à l'excès de pression. C'est le soir, après une journée passée dans la station debout, que le malade accuse les troubles les plus marqués, manifestés par des crampe, de la pesanteur, et de la douleur dans les jambes.

Par contre après une nuit de repos, au matin, on constate la disparition ou la diminution de ces varices et de l'œdème.

Dans la marche, grâce à la participation des contractions musculaires les troubles qu'on observe dans la station debout sont considérablement amendés. Ceci se produit par l'aspiration interne des varices, provoquée par le jeu des valvules et des mouvements musculaires. Il est à remarquer d'ailleurs que les variqueux eux-mêmes cherchent à combattre la gêne et la souffrance qu'ils éprouvent en rompant leur immobilité par la marche.

Si nous passons à l'examen d'un variqueux nous avons toute une série de symptômes qui nous confirment le diagnostic d'insuffisance valvulaire. Parmi ceux-ci, nous relevons en premier lieu *l'impulsion à la toux*. Si nous palpons la saphène interne à la partie moyenne de la cuisse, on sent en faisant tousser le malade, une impulsion très nette à chaque effort de toux, et ceci non seulement dans le tronc de la sa-

phène, mais aussi dans ses branches, quand on a des varices volumineuses.

Ce symptôme est mis le mieux en évidence dans la position couchée, la tension étant moins considérable. Au niveau de la crosse de la saphène ce symptôme se traduit par un thrill dû au reflux de l'ondée sanguine, par du bruissement suivant l'expression de Schwartz.

Dans un cas, le Professeur Delbet a observé même un pouls veineux au niveau de la crosse, chez une malade âgée, variqueuse atteinte d'asystolie et d'insuffisance tricuspidiennne. Nous-même nous avons examiné un malade qui nous a dit que quand il se trouvait dans un véhicule, les trépidations développaient une onde liquide qui se propageait tout le long de la saphène. Après l'opération le symptôme disparut complètement.

Briquet a décrit *le symptôme du flot*, qu'il mettait en évidence en donnant une chiquenaude à la cuisse sur de grosses veines peu tendues ; le flot se transmettait de haut en bas par une ondulation se propageant jusqu'au milieu de la jambe.

Le signe de Trendelenburg est un autre signe traduisant l'insuffisance des valvules.

En élevant le membre inférieur du malade au-dessus du plan horizontal, on voit les veines se vider complètement. On met alors deux liens en caoutchouc modérément serrés, suffisants pour empêcher la circulation superficielle. L'un de ces liens est placé à la partie moyenne de la cuisse, le second lien est placé au niveau de la réunion du tiers inférieur au tiers moyen de la jambe. A ce moment on fait mettre le malade dans

la station debout et on attend. Plusieurs éventualités peuvent se produire. Les varices se remplissent rapidement de sang (le lien supérieur étant toujours en place). Ceci est dû à ce qu'il y a possibilité de communication du courant sanguin de la profondeur à la superficie par des anastomoses de cette région. On déplace dans ce cas le lien inférieur à un niveau plus élevé, pour éviter cette cause d'erreur. On enlève le lien supérieur, les varices se remplissent instantanément de *haut en bas*, en sens inverse du courant. Ceci démontre l'insuffisance valvulaire.

Chevrier a complété ce symptôme en effectuant ce qu'il appelle la contre-épreuve du signe de Trendelenburg. La première partie de cette épreuve est identique, mais quand on met le malade debout on n'enlève pas le lien supérieur. Il se produit alors un remplissage progressif par la périphérie s'effectuant en plusieurs minutes. Chevrier admet la présence d'un reflux ascendant. Pour notre maître, le Professeur Delbet, ce phénomène est normal chez des malades fatigués, par le travail ou la station debout prolongée.

Un accident tel que la rupture variqueuse est démonstratif d'une insuffisance valvulaire. En faisant coucher le malade l'hémorragie s'arrête.

La marche a une influence considérable sur les varices ; M. Delbet a déduit des conséquences importantes sur la physiologie pathologique de l'affection.

En faisant marcher un porteur de varices, celui-ci note d'abord la diminution de la tension de ses varices, puis de son volume ; celui-ci souvent est peu appréciable

à cause du reflux de haut en bas très marqué ou de la faiblesse de l'aspiration par les veines profondes.

M. Delbet a différencié ces deux éléments : en plaçant un lien de caoutchouc à la partie moyenne de la cuisse il fait disparaître le reflux par la saphène. Grâce aux contractions musculaires, dans ce cas, il y a évacuation des varices par les veines profondes ; ainsi par comparaison on peut déterminer l'importance du reflux de la saphène avec celle de l'activité musculaire.

Ainsi, écrit M. Delbet, le siège des dilatations variqueuses, les signes d'insuffisance valvulaire, l'action exercée sur les varices par les contractions musculaires permettent de caractériser les varices de la saphène interne et de les distinguer des autres variétés du membre inférieur, d'ailleurs beaucoup plus rares.

Disons enfin quelques mots des varices chez la femme enceinte. Elles ont une topographie plus irrégulière que celle habituellement rencontrée chez les autres variqueux, ces veines présentent des ampoules violacées sous la peau anémiée, parfois même on observe de réelles formations angiomateuses, devenant turgescentes dans la station debout.

Les contractions musculaires provoquées par la marche ont une heureuse influence sur l'évacuation de ces varices.

Les varices occultes

Les varices occultes constituent une forme spéciale d'insuffisance valvulaire de la saphène ; chez elles la

dilatation variqueuse habituelle n'existe pas ou bien se trouve masquée par un panicule adipeux important comme c'est le cas chez les obèses.

Les symptômes subjectifs locaux présentés par le porteur de varices occultes sont ceux habituels aux autres varices : douleurs, pesanteur, fourmillements, tension. L'œdème n'est pas rare de même que les complications cutanées telles que l'eczéma et les ulcérations. Malgré l'absence de la dilatation tous les autres troubles étant présents, on admet que de pareils malades sont également des variqueux.

En examinant le type clinique des varices occultes on voit qu'il faut distinguer une double étiologie. Il y a dans le premier cas : existence d'une dilatation variqueuse réelle, mais incluse dans le tissu adipeux et par suite non visible (obèses et myxœdème fruste).

Dans le second cas, il n'y a pas de dilatation veineuse mais les valvules n'existent plus ; il y a insuffisance des valvules. Cette absence de dilatation est due à la présence plus ou moins abondante du tissu musculaire. Galanidès (1) a noté que ces varices occultes se produisaient particulièrement chez des jeunes gens dont l'état physique était excellent ; il en déduisait une origine congénitale de ces varices.

Ces varices occultes sont à diagnostiquer de l'asthénie vaso-motrice qui en plus des réactions dans les jambes, a les mêmes signes se retrouvant dans d'autres organes ou parties du corps.

On devra également différencier les sujets avec des troubles endocriniens ; l'œdème n'est pas identique, n'ayant pas les mêmes caractères de mollesse que chez

les variqueux. Troubles de sensibilité cutanée générale et non seulement localisée aux jambes.

La pathogénie des varices occultes est identique à celle des varices apparentes, à savoir, par insuffisance valvulaire.

Pour mettre en évidence l'existence des varices occultes, M. Mabilie (1) a déterminé une méthode dite biométrique. Celle-ci repose sur la recherche systématique de la tension artérielle dans quatre attitudes déterminées et sur la notation de la viscosité sanguine.

Grâce aux mesures de pression et de comparaison avec d'autres états veineux, elle a permis de déterminer les varices vraies par insuffisance valvulaire.

Nous ne pouvons faire que citer textuellement la technique de l'auteur, telle qu'elle a été décrite par lui, dans diverses communications :

La tension artérielle est prise au moyen d'un oscillomètre de Pachon ; le brassard de cet appareil s'appliquera juste au-dessus de la malléole et l'on notera les mesures suivantes : (2)

1° La maxima (Mx) exprimée par la première grande oscillation nettement distincte par le dicrotisme de la descente du deuxième temps.

2° La minima (Mn) traduite par la première diminution d'amplitude dans les oscillations.

(1) MABILLE. La méthode biométrique dans le diagnostic et le traitement des états variqueux des membres inférieurs. *Journal médical français*, sept. 1921, t. X, p. 9.

(2) D'après Galanidès, l. c. p. 24 et 25.

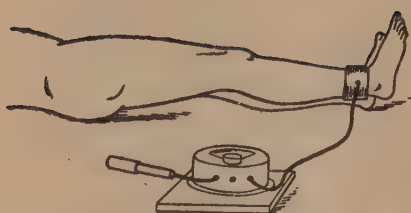


Fig. 1. — *Attitude I* : Position horizontale, l'action de la pesanteur sur la colonne veineuse est nulle. On note au diagramme (—).

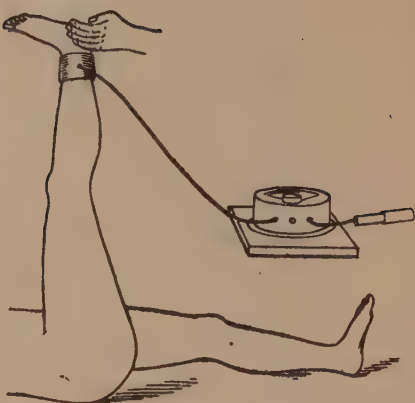


Fig. 2. — *Attitude II* : Position jambe en l'air, maintenue perpendiculairement par un aide; la pesanteur favorise le retour du sang vers le cœur. On note au diagramme (↑).

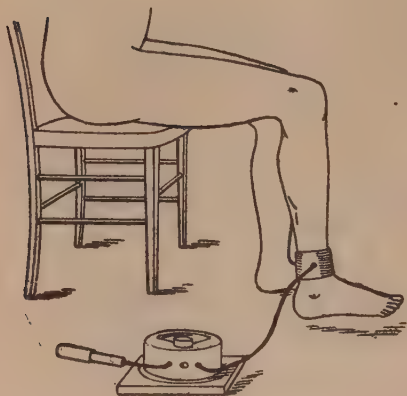


Fig. 3. — *Attitude III* : Position assise, la pesanteur agit sur la colonne veineuse de la jambe. On note au diagramme (↘).



Fig. 4. — *Attitude IV* : Position debout, la pesanteur agit sur la colonne veineuse de la jambe et de la cuisse. On note au diagramme (↓).

Dans les positions II, III et IV, éviter toute contraction statique.

3° L'indice oscillométrique = (10), qui correspond à l'amplitude de la plus grande oscillation observée ; il mesure la masse de sang circulant au niveau de l'artère ; il se note par les divisions principales du grand cadran de Pachon. Pour s'entraîner à un examen rapide, on dira à haute voix les maxima et minima..

4° La pression différentielle = (PD) entre les pressions Mx et Mn ($Mx - Mn = PD$).

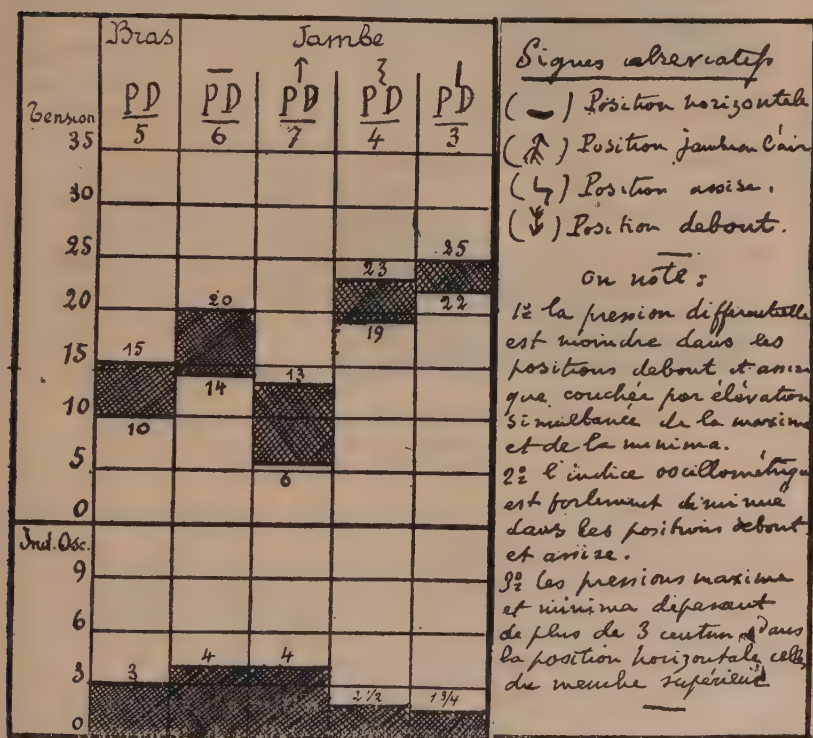


Fig. 5. — Méthode biométrique de MABILLE pour le diagnostic des varices occultes.

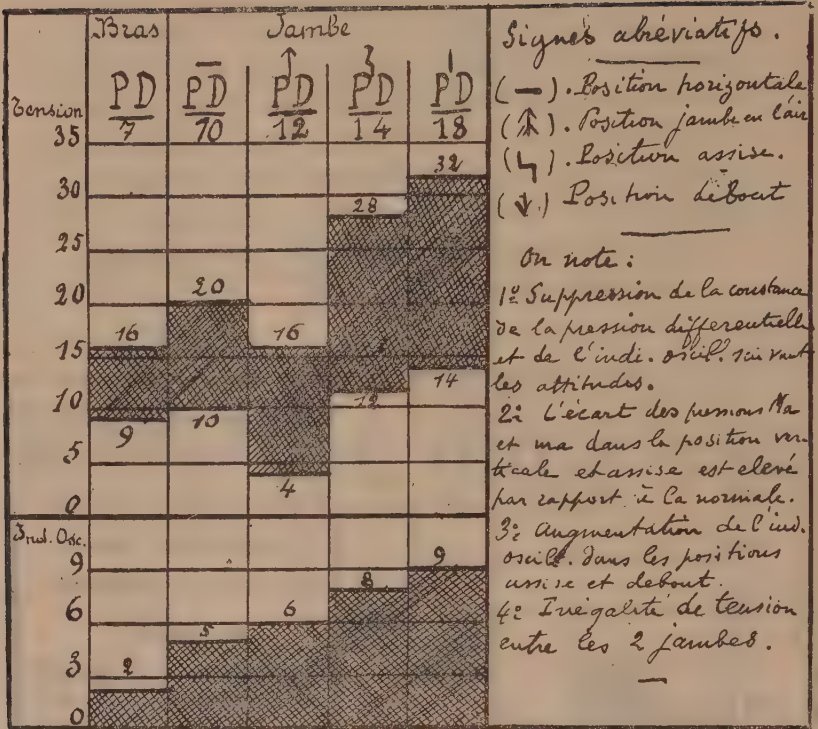


Fig. 6. — Méthode biométrique de MABILLE pour diagnostic des varices occultes.

Quant aux attitudes type du membre inférieur, elles sont au nombre de quatre :

1^o Position horizontale : le sujet est couché, l'action de la pesanteur sur la colonne veineuse est nulle. On inscrit sur le diagramme un (—) = P.C.

2^o Position levée ou jambe en l'air : le sujet est couché, la jambe en l'air levée perpendiculairement et maintenue par un aide. L'action de la pesanteur fa-

vorise le retour du sang vers le cœur. On inscrit une flèche ($\uparrow$) = P.A.

3° Position assise : le sujet est assis, jambe pendante sans appui ; la pesanteur se manifeste sur la colonne veineuse de la jambe. On inscrit le (∇) = P.a.

4° Position debout, la jambe pendante sans appui ; la pesanteur agit sur la colonne veineuse de la jambe et de la cuisse. On inscrit le signe ($\downarrow$) = P.d.

On évitera dans les positions 3 et 4 (assise et couchée) les contractoins musculaires statiques qui rendraient les notations difficiles et introduiraient un élément d'erreur ; aussi faut-il insister sur la nécessité de ne pas appuyer le membre.

La viscosité sanguine est recherchée avec le viscosimètre de Hesse suivant la technique habituelle. Le sang est prélevé par une piqûre légère au doigt et examiné le plus rapidement possible (moins d'une minute).

Quelles sont les résultats obtenus par cette méthode :

Si nous considérons les constatations observées chez le sujet normal on voit qu'il y a :

A. — *Sujets normaux.* — Nous définissons tels, ceux qui, ayant une tension artérielle normale, ne présentant aucun trouble subjectif ni objectif.

1° La constance de la pression différentielle de l'indice oscillométrique se maintient au membre inférieur suivant les attitudes.

2° L'écart des pressions maxima et minima dans la position verticale et assise, ne dépasse jamais 4 centimètres par rapport à la position couchée.

3° Il y a égalité de tension entre les deux jambes, et le chiffre de la maxima au membre inférieur est généralement de 2 centimètres, supérieur à celle prise au bras, la minima restant souvent la même.

B. — *Sujets atteints de déséquilibres circulatoires momentanés* (pseudo-varices). — Les déséquilibres circulatoires momentanés du côté veineux, s'observent à la suite de réplétions alimentaires trop considérables, surtout de boissons, de fatigues après des marches ou de station debout prolongée ; cliniquement, on voit les veines turgescents en état d'éréthisme.

1° On note de la suppression de la constance de la pression différentielle, de l'indice oscillométrique suivant les attitudes.

2° L'écart des chiffres de pressions maxima et minima dans la position verticale et assise dépasse 4 centimètres, par rapport à celui de la position couchée.

3° L'égalité de tension entre les deux jambes subsiste. La viscosité sanguine varie suivant la cause du déséquilibre (diminuée en cas de réplétion par des boissons abondantes, augmentée en cas de fatigue).

C. — Dans les cas de *sujets atteints d'insuffisance valvulaire de la saphène interne*, qu'il s'agisse de varices apparentes ou occultes, on note :

1° La suppression de la constance de la pression différentielle et de l'indice oscillométrique suivant les attitudes.

2° L'écart des pressions maxima et minima dans la position verticale et assise, dépasse de beaucoup la normale et peut atteindre 15 centimètres.

L'indice oscillométrique est augmenté dans la position assise et debout, proportionnellement suivant l'augmentation de la pression différentielle.

3° Il y a inégalité de tension entre les deux jambes, la jambe la plus variqueuse fournit la pression la plus élevée à la fois comme pression différentielle, comme pression maxima et minima.

Cette méthode a été employée par M. Mabilie pour tous nos malades de l'année 1920 avant et après l'opération. Ces mêmes malades ont été revus par nous depuis cette époque; ils ont été également soumis à cette épreuve et nous ont tous fourni des résultats qui se rapprochaient des chiffres déterminés par M. Mabilie.

Ces résultats sont repris en détail à la fin de chacune des observations prises par nous et nous renvoyons le lecteur au chapitre des observations.

CHAPITRE V

Pathogénie des varices de la saphène interne

La dilatation de la paroi veineuse est la conséquence de l'insuffisance des valvules. Celle-ci a été décrite à l'étranger par Trendelenburg, Everard Howe, Renzi et Ragnoli. En France, Verneuil nous en parlait dès 1855 et Edouard Schwartz (1) y insistait dans la thèse de Charade et devant le Congrès français de Chirurgie de 1898 (2). Cependant, c'est surtout au professeur Delbet à qui revient le mérite d'avoir prouvé que l'insuffisance n'est pas la conséquence mais la cause de la dilatation. Actuellement Alglave (3) admet ce phénomène, mais en attribuant une plus grande importance au reflux profond, le « coup de bélier » musculaire de Delore (4) et Briquet (5).

(1) Edouard SCHARTZ, en thèse de Charade, Paris 1892.

(2) Congrès français de Chirurgie de 1898.

(3) ALGLAVE. Jour. méd. fr. 1921, sept.

(4) BRIQUET. Dissertation sur la phlebectaru. Th. Paris, 1924.

(5) DELORE. 8^e Congrès français de Chirurgie.

Pourtant, l'expérience si saisissante du lien élastique pratiquée par le professeur Delbet a suffi à ruiner cette théorie du « coup de bélier ». En effet, en mettant un lien autour de la cuisse et en faisant marcher le malade on constate que les varices se vident complètement. Si la poussée profonde existait, on devrait voir les varices acquérir un volume et une tension plus considérables lorsque la saphène est oblitérée par le lien placé à la cuisse. C'est précisément le contraire qui a lieu, les varices se vident et on peut s'assurer cliniquement qu'elles se vident au niveau de la jambe. Elles ne peuvent se vider que par les communicantes, dans les veines profondes. Ce n'est donc pas une poussée qui se produit, mais au contraire le phénomène inverse, une aspiration. Le professeur Delbet est arrivé même à déterminer le siège des vaisseaux communicants en faisant varier l'emplacement des liens à la jambe.

De nombreuses observations et l'examen des pièces opératoires démontrent la présence des veines non encore dilatées et présentant une insuffisance valvulaire. Déjà en 1897, le professeur Delbet (1) a fait une expérience révélant que les valvules de la saphène pouvaient être forcées, alors même que le vaisseau ne présentait aucune dilatation.

Aussi bien des auteurs ont constaté des dilatations invisibles à l'œil, notamment à la cuisse, alors qu'à la

(1) DELBET. Du rôle de l'insuffisance valvulaire de la saphène interne dans les varices du membre inférieur. — *Semaine médicale*, 1897, n° 67, p. 372.

palpation se révélèrent les symptômes d'insuffisance valvulaire (1) (frémissement de Hackenbruch). Par contre on n'a pas vu de dilatation veineuse sans insuffisance valvulaire. Ainsi sur 69 cas, le professeur Delbet a noté l'état de la saphène à la cuisse : 14 fois elle était appréciable sans présenter de dilatation apparente et 16 fois elle n'était pas perceptible.

Si l'on examine la veine variqueuse et dilatée, on voit que cette altération se trouve sous-jacente à une valvule insuffisante; là où la valvule est saine, le segment veineux sous-jacent ne présente aucune modification de sa paroi.

Dans l'explication des causes fondamentales de ces insuffisances valvulaires, il faut admettre en premier lieu les *causes locales*. Celles-ci sont mises en évidence par les varices siégeant sur des segments veineux nettement déterminés et n'atteignant en général qu'un des membres.

Le professeur Delbet a pu constater que sur 1.450 malades, 467, c'est-à-dire un tiers, n'avaient de varices que d'un seul côté. Dans ses propres observations, cette proportion est encore plus marquée, sur 83 cas, 40 fois il y avait des varices unilatérales et 43 fois des varices

(1) HESSE E. Ueber ein palpatorisches symptom der Klappeninsuffizienz bei beginnender und nicht sichtbaren varicen. Brun's Beitr. z. Klin. Chir. 1913, t. 85.

(2) DELBET et MOCQUOT. Varices des membres inférieur. Paris, F. Alcan, 1913, p. 177.

bilatérales; de même Hesse-Schaack (1) constataient cette unilatéralité dans près de 50 % des cas.

Le début des varices remonte presque toujours au jeune âge, sur 163 variqueux de la statistique de Delbet et Mocquot, 54 présentaient ces altérations entre 15 et 20 ans. Il s'agirait donc d'une *faiblesse congénitale des valvules*, à l'état latent pendant un certain temps et qui se manifeste par suite de facteurs prédisposants : station debout prolongée de certains métiers, grossesses répétées chez la femme, toutes causes qui, à la longue, finissent par dilater les veines et provoquer le syndrome variqueux. Cependant on relève certains cas à début brusque à la suite d'une chute, d'un effort violent ayant donné lieu à la rupture des valvules (Delbet, Bennet) (2).

Cette faiblesse congénitale explique pourquoi les varices apparaissent dans le jeune âge.

Des recherches histologiques ont démontré que les altérations de la paroi veineuse sont également importantes.

Backmann (3), en 1906, montra qu'aux endroits où à l'œil nu nous ne voyons encore aucune dilatation, on pouvait déjà constater un épaississement ou un amincis-

(1) HESSE-SCHAACK. Die Anatom., Physiologische und Klinische Bewertung der saphèno-femorale Anastomose bei Varicen. Beitr. 3. Klin. Chir. t. 124, 1921.

(2) BENNET. Varix its cause and traitment with especial reference to thrombosis. Lanest, 1898.

(3) BACKMANN. Arch. f. Anat. 4. Physiol. 1906.

sement de la paroi. Backmann considérait cet amincissement de l'intima aux dépens des éléments élastiques et conjonctifs comme des manifestations de compensation; il est dû à la pression exagérée qui s'exerce sur l'endroit le plus dilaté de la paroi vasculaire.

MM. Delbet et Mocquot, qui ont étudié l'histologie des varices de la saphène interne d'après 21 pièces opératoires ont noté la prédominance de la tunique vasculaire sur les veines dilatées; dans les cas avancés, cette tunique était parfois réduite à l'endothélium. Epstein (1) est arrivé aux mêmes conclusions.

Les fibres musculaires circulaires prédominent et à mesure que la dilatation variqueuse progresse, il y a une régression progressive des fibres musculaires longitudinales.

Quant aux fibres élastiques, ce n'est qu'aux stades avancés qu'elles diminuent. Les éléments conjonctifs sont tantôt diminués ou augmentés; la sclérose atteint son maximum aux points où la veine est le plus distendue et amincie. Quant à l'endothélium il ne semble pas modifié.

Ces altérations qui, au début, conservent leur caractère physiologique, à mesure de leur développement donnent lieu aux phlebectasies. On peut en déduire qu'il existe une sorte de prédisposition au développement des varices.

(1) EPSTEIN. De la structure des veines normales et ectasiées. *Vrchun's Arch.* 108, 1887, p. 103 et p. 239.

D'après Kocher (1) ce n'est qu'une question de degré qui différencie les altérations de la paroi veineuse non encore variqueuse avec celle des varices. Il admet ainsi un « état prévariqueux », là les valvules sont également faibles et s'il s'ajoute en même temps des conditions défavorables telles que la stase, les valvules deviennent rapidement insuffisantes, donnant lieu au syndrome variqueux.

En plus de cette prédisposition congénitale, il faut tenir compte d'une certaine *atrophie progressive des valvules*, débutant déjà dans la vie intrautérine. En effet, il est à noter que le nombre des valvules chez l'embryon humain, puis chez l'enfant est considérablement plus grand que chez l'adulte. A la naissance un grand nombre de valvules a déjà disparu ou s'est atrophié; ce processus de régression peut se continuer et donner lieu à une insuffisance valvulaire.

Charpy (2), Klotz (3), ont démontré qu'à mesure que l'âge croît, toute une série de valvules veineuses s'atrophie et disparaît.

Cependant, en plus de ces causes, il y a un groupe de varices qui doit son origine à des *processus inflamma-*

(1) KOCHER. Th. Vereinfachung der operativen Behandlung der Varicen. Deutsche Zeitschrift. f. Chir. 1916, t. 138.

(2) CHARPY. Traité d'Anatomie Poirier et Charpy, t. II, p. 103.

(3) KLOTZ. Untersuchungen über die Vena saphéna magna berücksichtigt ihren klappenverhältnisse. Arch. f. Anat. u. Physiol. Anat. Abt. 1887.

toires. Cette théorie inflammatoire a été soutenue notamment par Fischer (1), par Jeannel (2). L'insuffisance valvulaire serait secondaire, la sclérose rendrait les valvules insuffisantes. Ceci serait exact pour les varices phlébitiques qui sont à différencier des varices habituelles de la saphène interne. Mais en général ces processus inflammatoires et sclérosants sont secondaires, alors quelles dilatations sont très marquées, existant depuis longtemps. C'est alors seulement que les phénomènes inflammatoires peuvent dominer et masquer les facteurs statiques et mécaniques.

Néanmoins, Hesse-Schaack rapportent qu'en Russie la conception des varices des jambes, en tant qu'affection veineuse généralisée, a été soutenue par l'école du professeur Weljaminoff (Temaschenski) (3). Les différents examens ont démontré que le processus sclérosant des veines, la dégénérescence conjonctive des parois sont des manifestations secondaires. Ce n'est qu'après un premier stade d'hypertrophie musculaire que se développent les processus sclérosants dans la paroi veineuse.

D'autre part, comment expliquer par la conception

(1) FISCHER. Die pathogenie der phlebektasien. Arch. f. Dermat. u. Syphil, 1904, p. 195.

(2) JEANNEL. Les résultats immédiats et éloignés des opérations sanglantes dans le traitement des varices des membres inférieurs. XXIII^e Congrès français de Chir. Paris, 1910, t. 4, p. 773.

(3) TOMASHEWSKI. Verhandl. de X. russ. Chir. Kongr. Saint-Petersb. 1910.

d'une phlébosclérose généralisée le fait d'une altération variqueuse et d'une dilatation limitée à la saphène, quand au-dessus, la veine fémorale où elle se jette est indemne de toute altération.

Comment expliquer alors la localisation sur un seul membre ? La rareté des varices aux membres supérieurs ? Car, dans ce dernier cas les conditions mécaniques et statiques ne favorisent pas la formation de dilatation veineuse. La présence des valvules saines et suffisantes, fournit une circulation veineuse favorable et empêche la formation des varices.

En considérant une veine saphène épaissie et scérosée avec une lumière dilatée, on voit que les valvules sont devenues insuffisantes ; dans la stase veineuse, il y a un rapport inégal entre l'écoulement et l'afflux et même le reflux du sang veineux.

De tous ces faits, on peut conclure que les *processus sclérosants* sont de nature secondaire ; ils se manifestent sur les segments dans de mauvaises conditions circulatoires, principalement en liaison avec l'insuffisance valvulaire (Delbet).

B. — *L'unilatéralité et la bilatéralité des varices et de la prédisposition des deux membres.*

Sur 106 cas qui forment la statistique du service du Professeur Delbet en recherchant l'uni- ou la bilatéralité des varices, nous avons établi le tableau suivant :

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Varices gauches .	24	8	31
Varices droites .	26	6	32
Varices bilatérales	26	16	42
	76	30	106

Contrairement à ce que nous verrons plus bas dans la statistique de Hesse et Schaack et d'autres auteurs, le pourcentage des varices sur le membre gauche ou droit est à peu près équivalent. Tandis que chez ces auteurs la prédominance des varices à gauche est relevée avec des considérations spéciales sur l'étiologie possible de cette plus grande fréquence, à gauche nous ne trouvons pas de raisons valables dans notre propre statistique.

Néanmoins dans un but d'impartialité, en même temps que nous rapportons la statistique de Hesse-Schack, nous communiquons les discussions et les interprétations qu'elle leur a suggérées.

	HOMMES	FEMMES	TOTAL
Varices gauches .	33	3	36
Varices droites .	17	2	19
Varices bilatérales	38	15	53
	88	20	108

D'après les chiffres de Hesse-Schaack les varices unilatérales sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes et inversement pour les bilatérales. Ceci pourrait être dû au fait que les causes statiques chez les hommes jouent un rôle plus important, tandis que chez les femmes les affections générales et les causes inhibitrices du courant veineux agissant bilatéralement (grossesse) sont plus fréquentes.

D'après Nobl la présence des lésions bilatérales est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. Dans plus d'un tiers des cas on a trouvé la bilatéralité des symptômes variqueux.

En ce qui concerne les relations comparées des lésions bilatérales et unilatérales par rapport aux *résultats opératoires* on a les chiffres suivants.

60 % des échecs des résultats opératoires immédiats sont le fait des varices bilatérales et 61,5 % de toutes les récidives à distance. Ce résultat pouvait être prévu l'anastomose saphéno-fémorale étant une méthode opératoire qui fait disparaître les causes statiques. En cas de varices bilatérales d'autres facteurs sont à considérer, ce qui explique les mauvais résultats de dilata-tions veineuses bilatérales.

Il s'ensuit la conclusion pratique que *l'indication d'une anastomose saphéno-fémorale en présence de varices bilatérales doit être envisagé avec circonspection*. On ne devrait intervenir que dans les cas où un trouble général pourrait être exclu avec certitude. Naturellement ceci s'applique aussi aux varices unilatérales quoiqu'à un moindre degré.

En ce qui concerne la *prédisposition* du membre,

Hesse et Schack relèvent dans leurs statistiques 36 cas de varices à gauche et 19 cas à droite.

Par contre les statistiques prises dans d'autres travaux sont contradictoires. Nobl ne voit pas une plus grande fréquence de varices d'un membre par rapport à l'autre. D'autres auteurs insistent sur une prédisposition nette plus fréquente de la jambe gauche. Cette conception a été soutenue notamment par Rochard (1); Pouteau (2) a pu constater dans 70 % de ces cas des ulcères variqueux à gauche. Boyer (3) sur 227 malades trouva 133 varices de la jambe gauche et Parent-Duchatelet sur 510 cas trouva 270 fois à gauche et 240 fois à droite.

Blandin (4) releva chez des conscrits sur 35 cas de varices 27 cas atteignant le membre gauche.

Bien des explications ont été données pour expliquer ces faits. Boyer concevait que la position du membre inférieur gauche était plus exposée aux efforts, car les efforts de la main droite étaient liés à l'extension de la jambe gauche. Lisfranc (5) avait déjà combattu cette

(1) ROCHARD. Ulcérations. Dictionnaire encycl. d. sciences médicales. Paris, 1886.

(2) POUTEAU. Cité par Nobl.

(3) BOYER. Rapport général des hôpitaux et hospices civils de Paris, sur un mode de traitement des ulcères des jambes. Paris, 1831.

(4) BLANDIN. Cité par Nobl.

(5) LISFRANC. Traitement des ulcères variqueux par la ligature et la section des veines. Jour. général de Méd. 1827.

hypothèse, car chez les gauchers l'ulcération variqueuse ne prédominait nullement du côté droit, mais avec une égale fréquence des deux côtés.

La plupart des auteurs expliquent la prédominance des varices du côté gauche par la différence de l'écoulement des deux veines iliaques. D'après la conception de quelques auteurs la veine iliaque gauche est plus longue que la veine iliaque droite et la lumière de la lumière de la veine gauche est recouverte par l'artère correspondante et par des anses intestinales.

Une partie des auteurs expliquent que les masses fécales remplissant le rectum en comprimant la veine iliaque gauche favorisent la stase sanguine. Nobl combat une pareille interprétation pour une déviation aussi légère de la veine.

Cependant il faut noter disent Hesse et Schack la prédominance du varicocèle gauche, qui trouve son explication dans un trajet et une embouchure différents de veines spermatiques. Il existe apparemment entre la dilatation de la veine saphène interne et la varicocèle gauche une relation étiologique et nous pouvons difficilement expliquer autrement cet état que par une disposition différente des voies d'écoulement.

Dans nos cas nous n'avons pas relevé une prédisposition plus grande des varices du côté gauche, aussi nous semble-t-il qu'il est exagéré de trouver une explication que ne justifient pas nos observations.

CHAPITRE VI

Méthodes de Traitement des Varices.

En analysant les divers modes de traitement des varices on peut envisager les interventions chirurgicales suivant l'objectif visé :

- 1° Oblitération des veines variqueuses;
- 2° Opérations dites physiologiques, basées sur une théorie pathogénique des varices;
- 3° Modification des conditions physiologiques défectueuses qui produisent ou aggravent les varices, à savoir celles qui ont pour but de remédier à *l'insuffisance valvulaire de la saphène interne*.

1° Oblitération des veines variqueuses.

Les méthodes phlébosclérosantes ont été employées pour obtenir l'oblitération des veines variqueuses. Elles comprennent les injections irritantes périveineuses et intraveineuses. Nous ne parlerons pas des premières qui, actuellement, sont complètement abandonnées.

Différentes substances ont été employées par voie

intraveineuse dans ce but. Citons les principales : la liqueur iodo-tannique (Delore), l'acide phénique à 5 % (Tavel), une solution d'iode d'après le procédé de Schiassi, le sublimé d'après Scharf et Nobl (solution de 1 à 2 %). D'après Schiassi, les cas présentant de l'œdème et de la sclérose cutanés, ne peuvent s'appliquer à ces procédés; malgré que ces auteurs nient la possibilité d'une embolie par ces injections intravariqueuses ou d'une néphrite secondaire à la suite de la solution de sublimé, nous avons relevé dans la littérature des accidents dus à ces deux causes : embolies pour les uns, intoxication pour l'autre. Ceci confirme l'avis exprimé par Quenu, dans le « Traité de Chirurgie » de Duplay et Reclus (t. II, p. 232).

« A mon sens, toute méthode qui a pour essence même de provoquer une phlébite est une mauvaise méthode; l'opérateur n'est jamais maître des limites et de l'intensité de l'inflammation qu'il a déterminée; il expose en outre ses malades aux dangers nullement imaginaires de l'embolie, surtout s'il a recours aux procédés aveugles et condamnables de l'injection intraveineuse. »

Nous rappelons à cet égard les observations de ces accidents qui sont d'autant plus caractéristiques qu'à part la présence des varices on ne rencontrait rien d'anormal dans les antécédents ni dans l'état de ces malades.

Le premier cas est une observation de Model (1) qui

(1) MODEL. Zur Technik der intravenösen Injektion und

relate une intoxication grave consécutive aux injections de sublimé dans le traitement des varices. Les accidents se manifestèrent par des hématuries et l'apparition sur tout le corps de petéchie; ces complications disparurent quelque temps après. La dose employée fut de 1 cm³ d'une solution de sublimé à 1 % à deux reprises différentes.

• Marwedel (1) dans deux cas de paquets variqueux volumineux, employa le procédé d'injection intravariqueuses de Linser, dans le but d'obtenir la trombose désirée. S'étant servi de 10 à 15 cm³ d'une solution à 1 %, il observa des phénomènes d'intoxication : gingivite, diarrhée, urticaire. Aussi, depuis, pour les grosses varices, cet auteur donne sa préférence aux interventions chirurgicales; un autre inconvénient de ces procédés, écrit-il, ce sont les phlébites qui apparaissent plus ou moins longtemps dans les régions veineuses injectées. Cet auteur a vu dans pareils cas des embolies pulmonaires, de même que des manifestations inflammatoires dans la saphène jusqu'à la racine de la cuisse de la jambe injectée et même dans le mollet de la jambe opposée non traitée, 14 jours après l'injection.

Holbaum (2) communique un cas mortel par le pro-

sublimat injectionsbehandlung der varicen. Med. Klin, 1921, n° 43.

(1) MARWEDEL. Einige Bemerkungen über Injektion behandlung der varicen. Zeutr. f. Chir. 1921, n° 23, p. 1200.

(2) HOHLBAUM. J. Embolie mortelle consécutive à un traite-

cédé de Witteck dans le traitement des veines variqueuses par la solution de Prezl et que nous rapportons in-extenso :

Homme de 54 ans, avec des veines dilatées de la dimension d'un doigt, s'étendant sur toute la zone de la grande saphène. Etant donné le développement et la dimension des varices l'Auteur injecta 80 cm³ de la solution de Prezl dans la veine juste au-dessus de l'articulation du genou; un bandage compressif ayant été appliqué vers le milieu de la cuisse. Dix minutes après l'injection, on relâcha le bandage; un bandage en tricot et un attelle furent appliqués sur la jambe et le malade fut remis au lit.

Deux jours après, le bandage en tricot fut enlevé et on trouva qu'à partir du siège de l'injection, la veine du côté distal, était thrombosée sur toute son étendue. La température à 37°4 avec de légères douleurs au siège de l'injection. On n'enleva pas l'attelle et trois jours après la thrombose s'étendit jusqu'à l'aîne.

Le sujet se plaignit de douleurs légères, irradiant dans l'émithorax gauche à la respiration et dans les mouvements thoraciques. On nota une légère crépitation postérieurement dans la partie inférieure du poumon gauche. Une semaine après, tandis que le malade était toujours au lit, l'attelle n'ayant pas été enlevé, il meurt brusquement avec des signes d'embolie pul-

ment pour des veines variqueuses avec la solution de Prezl
Zentr. f. Chir. 1922, 18 fév. t. 49, n° 7, pp. 218-220.

monaire (exactement deux semaines après l'injection).

Il s'ensuit que le procédé n'est pas aussi inoffensif qu'on l'a dit.

Plus récemment, Sicard a repris ces injections intravariqueuses avec le carbonate de soude; Bazelis (2) en donne une étude détaillée des résultats obtenus. Ces résultats sont encore trop récents pour pouvoir tirer une conclusion définitive au point de vue de l'avenir de ces malades. Néanmoins, la méthode biométrique de Mabilille peut déjà nous renseigner à cet égard. Voici ce que Mabilille écrit :

« Ces injections réalisent une phlébite adhésive des veines constituant une ligature de paquets veineux. La méthode biométrique indique dans les premiers mois un tracé de reliquats de phlébite et non point la restitution « ad integrum ». Avec le temps, le tracé se modifie. Je l'ai vu souvent reprendre les caractéristiques de l'insuffisance valvulaire, ce qui coïncidait d'ailleurs avec le développement de nouvelles ectasies variqueuses. On ne peut donc parler de guérison définitive des varices par cette méthode. » Klapp, en 1923, après avoir essayé ces procédés, déclare que ces injections ne provoquent pas régulièrement l'oblitération du vaisseau.

(1) SICARD. Traitement des varices par injection intraveineuses locales de carbonate de soude. Marseille méd. 23 janv. et 4 fév. 1920.

(2) BAZELIS. Du traitement des varices et particulièrement des injections phleboscélérosantes.

2° *Opérations basées sur une théorie pathogénique
des varices.*

Parmi ces diverses interventions relevons celle de la *ligature de l'artère fémorale* préconisée par Mauclaire (1) pour diminuer la stase sanguine. Celle-ci cependant ne peut qu'augmenter, puisqu'elle diminue la tension artérielle qui est le meilleur agent de la circulation de retour.

La ligature de la veine fémorale proposée par Chevrier (2) n'a jamais été exécutée; cette veine possédant des valvules suffisantes n'a pas de raison d'être liée.

Parona (3) a pratiqué la *ligature de la veine poplitée*. Il justifie cette intervention sur une donnée qui a été démontrée inexacte par M. Delbet, c'est-à-dire que les varices superficielles sont secondaires aux varices profondes, alors que c'est l'inverse.

Cecca (4) pratique *l'enfouissement de la saphène sous l'aponévrose* tandis que Katzenstein (5) fait un *enfouissement intramusculaire*.

(1) MAUCLAIRE. Résultats immédiats et éloignés du traitement chirurgical des complications des varices, XXIII. Congrès français de Chir. 1910.

(2) CHEVRIER. De l'examen du reflux veineux dans les varices superficielles. Arch. gén. de Chir. n° 28, janvier 1908.

(3) PARONA. Della ligatura della vena poplitea nella varici della jambe. Policlinique. Loc. Chir. 1904.

(4) CECCA. Clinica chirurgica, t. 16, 1908.

(5) KATZENSTEIN. Vuch. S. XL. Kongres. d. Deuhel Ges. f. Chir. cepil 1911.

Les cas sont trop peu nombreux pour juger des résultats. D'autre part, ces dernières méthodes ne suppriment pas l'insuffisance valvulaire.

Une méthode nouvelle basée sur l'influence vasoconstrictive du *sympathique* sur la circulation périphérique a conduit Leriche à des tentatives intéressantes.

Consécutivement à plusieurs travaux sur le rôle du sympathique dans les troubles circulatoires du système périphérique, Leriche (1) a proposé un mode opératoire particulier dans le traitement des ulcères variqueux. Le procédé de la *sympathectomie* consiste dans une dénudation périartérielle de l'artère fémorale, de préférence à la pointe du triangle de Scarpa. Ce procédé, d'après Leriche, donnerait lieu à un comblement et une cicatrisation rapide des ulcères.

Kappis (2) considère la sympathectomie comme la méthode de choix dans les cas d'ulcères variqueux chroniques. On peut, écrit-il, arriver à augmenter son influence en associant la section du nerf saphène.

Cependant même les partisans de la sympathectomie reconnaissent que celle-ci est un excellent agent de cicatrisation mais non de guérison définitive des ulcères variqueux de jambes ; les résultats comportent 30 0/0 de récidives. Les indications sont limitées à des ulcères préalablement décapés ; la sympathectomie est contre-

(1) LERICHE. Presse médicale, 16 sept. 1917, p. 513.

(2) KAPPIS. M. Weiben Erfahrungen de sympathectomie, 1923, n° 31, pp. 1441-1446.

indiquée dans tous les cas où l'état général est défectueux. La technique est délicate; ou bien la décortication est insuffisante et alors on s'expose à des échecs ou bien il peut se produire des perforations de l'artère fémorale nécessitant sa ligature.

Dans le traitement des varices accompagnées d'ulcères Bardon et Mathey Cornat (1) suggèrent l'association de la sympathectomie avec la saphénectomie de Terrier Alglave. Kappis associe la ligature élevée de la saphène. Il nous semble que dans ces cas il y aurait avantage à l'associer à l'anastomose saphéno-fémorale qui appuierait d'une manière encore plus efficace les résultats escomptés.

La modification de la *ligature de Trendelenburg* par Viannay (2) au niveau de la crosse de la saphène ne prévient pas les récides à cause de la présence toujours possible d'une collatérale. La même cause est responsable dans les résections multiples.

La *plicature de la paroi veineuse* pour former artificiellement une valvule a été proposée par Jiannu (3). Ceci également ne supprime pas les collatérales de la crosse placées au-dessus de cette valvule artificielle et par suite donne lieu à des récides.

(1) BARDON et MATHEY CORNAT. Sympathectomie periartérielle et ulcère variqueux de jambe. Lyon, Chir. 1923, n° , p.

(2) VIANNAY. Revue de chirurgie, 1905, p. 25.

(3) JIANNU. Revista de Chirurgia, 1908.

Moreschi (1) et Wenzel (2) ont fait des *incisions circonférentielles*, surtout pour agir sur les ulcères variqueux en sectionnant les nerfs superficiels. Les récidives se produisent dans 55 % des cas.

La *saphenectomie* d'après le procédé de Madelung (3) a été faite dans 200 cas par Hesse et Schack avec des résultats satisfaisants. Cependant pour que le succès soit durable il faut que la résection se fasse jusque dans la fosse ovale. En perfectionnant la technique on doit obtenir de meilleurs résultats. L'intervention est sérieuse, les complications opératoires telles qu'infection et thrombose se présentent plus facilement qu'avec les autres méthodes ; la convalescence est plus longue, l'œdème dans la suite n'est pas exclu et pénible à supporter. Le résultat esthétique n'est pas séduisant. Toutes ces raisons éloignent aussi bien l'opérateur que le malade. Les récidives d'après Hesse et Schaak sont de 20-30 %.

Terrier et Alglave (4) ont élargi cette résection jusqu'à une *extirpation totale des veines variqueuses*. Ils resèquent non seulement le tronc de la saphène mais également ses collatérales. Le même reproche peut être

(1) MORESCHI. Proc. p. 1. cura. el varici. La Riforma med. 189.

(2) WENZEL. Berl. Klin. Woch. 1902.

(3) MADELUNG. Über die Behandlung ider Vericen an der unteren Extremitäten XIII, Congrès allemand de Chir. 1884.

(4) AGLAVE. Resection totale des saphènes. Rev. de chir. 1906.

appliqué à cette opération qu'à celle de Madelung; longue, difficile, inesthétique laissant derrière elle des cicatrices vicieuses avec des plaques de sphacèle. Tout oubli d'une collatérale expose à une récurrence.

Narath (1) a fait une modification de cette méthode en reséquant les veines par l'intermédiaire de boutonnières multiples sur le trajet de la saphène.

Plus récemment Klapp (2) a présenté également un procédé dérivant du précédent qu'il intitule « la dissection sous-cutanée multiple »; après une double ligature et section de la saphène interne comprenant toutes ses ramifications, au moyen d'un ténotome appelé par lui « saphénotome » qu'il introduit dans la veine, par un mouvement de torsion il extirpe les veines communicantes se dirigeant dans la profondeur; il répète cette manœuvre pour toutes les veines. Il se prétend satisfait des résultats obtenus.

L'*extraction de la saphène d'après Babcock* (3) ne se distingue pas dans son principe de la saphenectomie. Mais les indications ne sont applicables que dans les cas de varicosité du tronc principal de la saphène interne; elle est contre indiquée pour la forme ramusculaire. En outre quand la paroi de la saphène est profondément altérée l'extraction n'est plus possible.

(1) NARATH. De l'exsirtation sous-cutanée des veines variqueuses des membres inférieurs.

(2) KLAPP. Arch. f. vilis die 1923, pp. 500-514.

(3) BABCOCK. In Lauenstein. 40^e Congrès de chirurgie allemand 1910.

Rindfleisch (1) emploie le procédé de l'*incision spiralée* dans les cas où les varices comprennent toute la circonférence du membre. Ce procédé donne de bons résultats immédiats, mais il n'a qu'une faible influence sur les ulcères.

En résumé en parcourant toutes ces méthodes de traitement aucune d'elles ne donne des résultats irréprochables. Une partie est à rejeter complètement, d'autres donnent de bons résultats opératoires immédiats mais n'excluent pas les récidives plus ou moins lointaines. Les résections partielles ne peuvent donner un résultat dans certains cas que si elles sont pratiquées à la cuisse près de l'embouchure de la saphène avec ligature de ses collatérales et non à la jambe. L'opération physiologiquement la plus logique reste la section de la saphène interne au niveau de son embouchure dans la fémorale avec son implantation consécutive dans cette dernière veine au-dessus d'une valvule suffisante; celle-ci remplira le rôle de la valvule ostiale déficiente de la saphène interne. Cette opération constitue l'anastomose saphéno-fémorale du Professeur Pierre Delbet.

(1) RINDFLEISCH. *Opérations Behandlung der Varicen*. Arch. f. Klin. chir. Bd. 86.

CHAPITRE VII

Technique de l'Anastomose saphéno-fémorale.

Les varices de la saphène interne étant dues à l'insuffisance valvulaire et notamment celle de la valvule ostiale à l'endroit où se jette la saphène dans la fémorale. Le but du traitement sera donc de remédier à cette insuffisance et, par suite à s'opposer au reflux du sang de haut en bas. A ce point de vue, l'anastomose saphéno fémorale est l'opération la plus logique, la plus rationnelle, car elle favorise la circulation de retour en un endroit où les valvules suffisantes protègent la saphène des excès de pression, de la cavité abdominale. La fémorale possède normalement trois paires de valvules suffisantes qui conservent leur valeur physiologique chez les variqueux atteints de varices typiques. C'est au-dessous de ses valvules qu'on doit faire la nouvelle implantation de la saphène interne.

Le point d'élection de l'anastomose saphéno fémorale doit être aussi élevé que possible tout en restant au-dessous de bonnes valvules. Le tiers moyen de la

fémorale à deux centimètres au-dessous du milieu de l'espace compris entre le ligament de Fallope et le tubercule du grand adducteur offre le point optimum qui répond à ces exigences.

En établissant une anastomose saphéno fémorale à la cuisse, en même temps qu'elle supprime le reflux abdominal, elle permet l'évacuation facile des veines variqueuses; elle agit de la même manière que les anastomoses normales à la jambe qui unissent les veines superficielles aux veines profondes.

A) *Anesthésie.*

L'anesthésie locale ne peut malheureusement pas être pratiquée pour l'anastomose saphéno-fémorale. L'isolement de la veine fémorale est trop douloureux pour permettre une opération sans incident. Une infiltration du tissu périvasculaire avec une solution de novocaïne, par suite de l'état du voisinage est contre-indiquée. Hesse Schaack ont pratiqué 100 fois l'anastomose saphéno-fémorale sous-anesthésie par inhalation (chloroforme et éther) et dans quelques cas ils se sont servis avec succès de l'anesthésie rachidienne. Deux fois ils tentèrent l'anesthésie par voie intraveineuse au Hedonal, qui ne leur donna que des déboires (agitation dans un cas, syncope dans l'autre).

Dans le service du professeur Delbet, dans l'immense majorité des cas, on s'est servi de l'anesthésie générale, particulièrement au chloroforme, plus rarement à l'éther. Dans quelques cas, récemment, on a essayé l'anastomose sous l'anesthésie par voie intra-

rachidienne; les résultats ont été également satisfaisants.

B) *Hémostase.*

Dans l'opération de l'anastomose saphéno-fémorale, l'hémostase est un acte opératoire des plus importants d'où dépend le succès de l'intervention. Aussi a-t-elle été l'objet des soins les plus particuliers du professeur Delbet. Au début, il s'est servi de la bande d'Esmarch, le membre étant élevé. Seulement, au bout de quelques interventions, le professeur Delbet s'aperçut que l'hémostase, par ce procédé, n'était pas parfaite : il s'écoule, malgré toute l'attention du chirurgien, une certaine quantité de sang qui gêne le champ opératoire. D'autre part, comme la bande d'Esmarch est placée à la racine de la cuisse, au moment de la suture, du bout supérieur de la saphène, il faut enlever la bande; il s'ensuit un déplacement du champ opératoire, une nouvelle désinfection de la peau, d'où perte de temps et une asepsie moins parfaite. Cet inconvénient d'hémostase insuffisante est particulièrement marqué chez les sujets gras où la compression ne peut être pratiquée avec suffisamment d'efficacité, un suintement sanguin continu venant troubler l'opération et en compromettre le résultat.

Par suite de tous ces inconvénients, le professeur Delbet a modifié la technique de l'hémostase en adoptant les pinces de Crile à la place de la bande.

Après avoir bien dénudé la veine, à l'endroit de l'anastomose, il place deux pinces sur la fémorale, séparée par un certain intervalle, de manière à per-

mettre une incision sans difficulté entre les deux pincements. Une autre pince est placée sur le bout périphérique de la saphène. On évite le glissement de pinces sur la fémorale l'une vers l'autre en laissant un segment de veine adhérent à la gaine entre chaque pincé.

Ce procédé d'hémostase a donné d'excellents résultats au professeur Delbet qui, depuis, n'a plus modifié ce point de technique.

Hesse et Schaack n'ont jamais jugé indispensable de pratiquer une hémostase artificielle de toute la jambe. Dans toutes leurs interventions, ils ont incisé la veine fémorale après pincement central et périphérique de sa lumière. Quant à la saphène liée à son bout central, elle fût provisoirement pincée à son bout périphérique. L'hémorragie des autres vaisseaux est minime, peu gênante, de telle sorte que leur hémostase devenait inutile.

Un autre avantage des pinces sur la bande d'Es-march, c'est que celle-ci crée une fausse sécurité. Il arrive qu'on sectionne des vaisseaux plus ou moins importants dans le voisinage de l'anastomose et que par suite de la compression on ne s'aperçoit pas de leur section. L'hémorragie se produit alors secondairement quand on a terminé l'anastomose et dans ce cas elle compromet considérablement le résultat. Par contre, avec les pinces, chaque section de vaisseaux qui saigne peut être pincée et liée immédiatement, toute hémorragie est contrôlée avant la fin de l'acte opératoire.

Le danger de la *thrombophlébite* étant celui qui est le plus sérieux à la suite de l'anastomose saphéno-fémo-

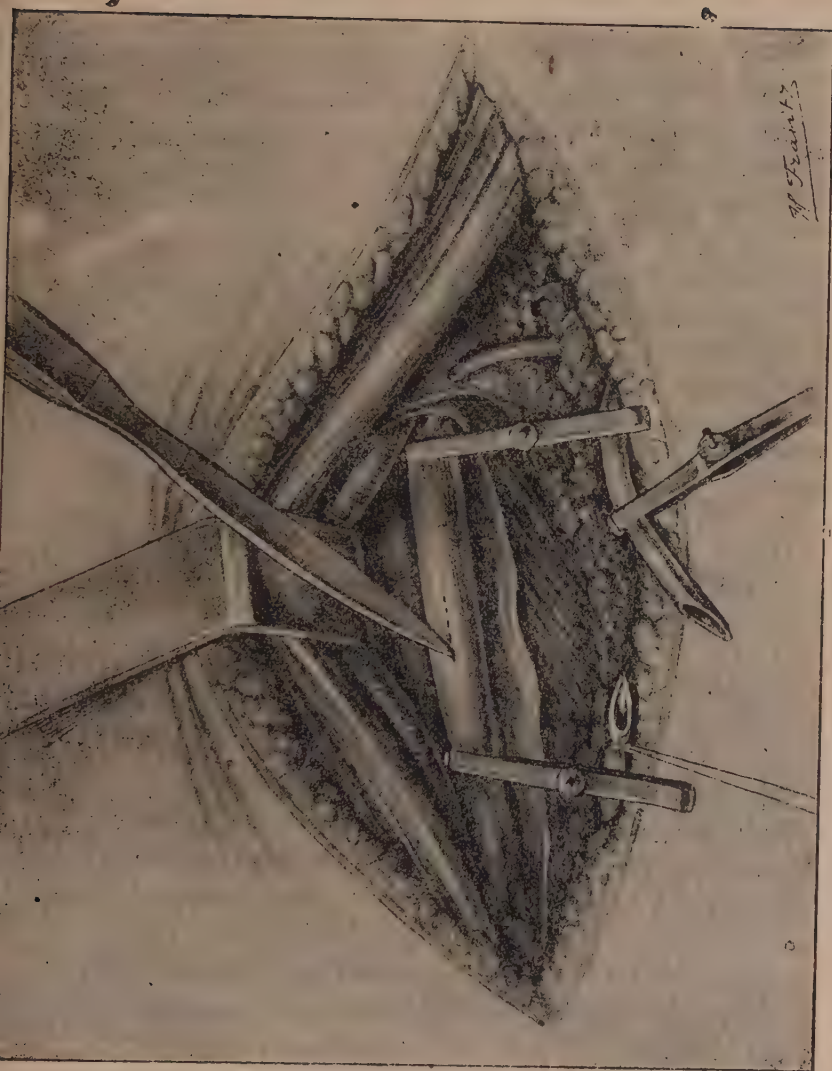


Fig. 7. — Anastomose saphène-fémorale. — Le bout centrale de la saphène a été lié. Son bout périphérique est pincé avec une pince de Crile. La veine a été coupée en biseau. — La veine fémorale est découverte, l'artère est reclinée. — La veine incisée suivant le pointillé.

rale, on dirigera particulièrement tous ses efforts à éviter toutes les causes qui peuvent la provoquer. Ces précautions consisteront surtout dans une asepsie des plus rigoureuses, aussi bien du champ opératoire que du matériel de suture. Toute substance pouvant agir sur la coagulation sera soigneusement évitée. Ainsi, pour empêcher l'influence plus ou moins corrosive des antiseptiques après avoir badigeonné la peau à la teinture d'iode, puis à l'alcool, on lavera au sérum physiologique de manière que l'antiseptique ne se trouve à aucun moment en contact avec les vaisseaux ; seul le sérum physiologique pourra être employé. La coagulation du sang et par suite la possibilité d'une thrombose seront empêchés, si on prend soin de ne jamais laisser en contact le sang avec des parties cruentées de la plaie opératoire. A tout instant de l'intervention, la plaie devra être toujours absolument nette de tout fragment tissulaire, grasseux ou sanguin.

En ce qui concerne la technique de l'anastomose proprement dite après désinfection de la cuisse placée en abduction, flexion et rotation en dehors, le malade étant en décubitus dorsal, on fait une incision de 12 à 15 cm. entre la veine fémorale et la saphène, au milieu de la cuisse, plutôt en dessous qu'en dessus. L'opérateur se place en dehors de la cuisse ; deux aides lui font vis-à-vis, un troisième, placé à gauche tiendra l'écarteur et lui facilitera les manœuvres opératoires.

Après que l'anastomose a été terminée, on prolongera l'incision vers le haut pour permettre l'extirpation du bout terminal de la saphène interne de la fosse ovale au ras de son embouchure. Il sera utile pour les

sujets plutôt gras, pour ne pas perdre les points de repères, avant l'incision, de marquer au nitrate d'argent sur la peau le trajet de la saphène interne.

L'incision cutanée sera suivie d'une dénudation de la saphène et de l'ouverture prudente de la gaine du couturier ; celui-ci sera écarté et l'incision du feuillet profond permettra d'aborder la gaine commune des vaisseaux fémoraux. Notre maître conseille à ce moment de ne pas sectionner la saphène avant de déterminer l'endroit de l'anastomose sur la fémorale. De cette manière on évitera des tractions préjudiciables à la saphène au moment de la suture.

L'isolement des vaisseaux se fera prudemment. Le Professeur Delbet, Hesse et Schaack le pratiquent avec une sonde canelée qui arrive en quelques secondes à séparer l'artère de la veine. Cependant dans certains cas la séparation peut être très pénible à cause d'une trop grande adhérence entre les deux vaisseaux. Hesse et Schaack préfèrent dans ces cas difficiles remplacer l'anastomose par la résection. Dans leur statistique ils relèvent 101 cas avec un isolement facile de la veine et 14 cas plus ou moins difficiles. Naturellement lorsqu'au cours de l'isolement on s'aperçoit de la présence d'altérations profondes de la veine, telles que sclérose, phlébites oblitérantes, on se résoudra à la résection.

Les difficultés qu'ont rencontré Hesse et Shack dans leurs cas classés comme tels, furent :

Dans 7 cas la présence d'un réseau de voies collatérales très développé autour de la veine fémorale.

Dans 3 cas une minceur exagérée de la paroi fémorale.

Dans 3 cas des indurations dans le tissu intervasculaire entre l'artère et la veine.

Dans un cas des adhérences entre la face interne de la gaine vasculaire et la veine fémorale.

Dans un cas une altération très marquée de la paroi postérieure de la veine fémorale.

Dans un cas des adhérences entre la face interne de la gaine vasculaire et la veine fémorale.

Enfin dans un cas une sclérose très marquée de la paroi postérieure de la veine fémorale.

Dans les cas d'induration, des adhérences et de la sclérose, Hesse et Schack ont pratiqué la résection.

Nous avons déjà dit que les pinces employées par le professeur Delbet sont celles de Crile ; Hesse et Schack se sont également ralliés à ces pinces après s'être servis des pinces de Höfner glissant plus facilement et traumatisant le vaisseau. La ligature de la saphène étant faite, on sectionne obliquement son bout périphérique qui est saisi par une pince vasculaire. Castle préfère sectionner la saphène au bistouri prétendant qu'ainsi il traumatise moins la veine qu'avec les ciseaux et qu'il évite ainsi la possibilité d'une thrombose.

Le segment entre les pinces doit être complètement dépourvu de sang ; on obtiendra cette vacuité en lâchant la pince centrale et en repoussant le sang subsistant dans le segment pincé. En tout cas tout épanchement sanguin devra être soigneusement épongé et le champ opératoire devra être protégé par des compresses de manière à ce qu'on n'ait sous les yeux que l'endroit à anastomoser. Autour du bout sectionné on enroulera une compresse qui l'isolera vers le bas.

Aucune manipulation n'est nécessaire pour maintenir l'artère et les muscles, si les griffes des pinces sont correctement placées à l'extérieur. Une pression légère sur les pinces suffit à relever suffisamment l'endroit disséqué par l'anastomose pour que l'acte opératoire en soit facilité. Pour éviter que le champ opératoire soit imprégné de sérosités, causes possibles de coagulation et par suite de thrombose, le professeur Delbet a pour habitude avant d'ouvrir la veine fémorale, d'inonder de vaseline la plaie et d'en mettre dans les deux vaisseaux dès qu'ils sont ouverts. Hesse et Schack badigeonnent au pinceau de la paraffine liquide tiède sur le champ opératoire, Péliissier (Alger) trouve avantageux d'associer à la vaseline une solution de citrate de soude pour prévenir la coagulation.

Quelle doit être la dimension de l'incision de la veine fémorale ? Pour le Professeur Delbet l'incision longitudinale de la veine fémorale doit être d'environ 12 $\frac{m}{m}$. Hesse et Schaack la font en général plus petite; se guidant toutefois d'après chaque cas individuel. L'incision doit être proportionnelle au calibre de la saphène, environ 1 fois et demi son diamètre.

En incisant il faut prendre garde de ne pas léser les valvules avec le bistouri, on y parviendra en vérifiant la présence des valvules dans le segment veineux. En refoulant le sang vers le bas dans le segment fémoral, on peut constater nettement la présence d'une valvule; la veine se gonfle au-dessus de la valvule. Aussi faut-il pratiquer l'anastomose un peu plus bas au dessous de la valvule. En ayant négligé cette simple vérification, Hesse et Schaack ont causé dans un

cas la blessure d'une valve par leur incision ; ils durent prolonger l'incision et la paroi correspondant à cette valvule dût être suturée. Toute lésion à l'appareil valvulaire peut donner lieu à son insuffisance. Le professeur Delbet a toujours employé l'incision longitudinale ; dans 19 de leurs cas Hesse et Sschack ont pratiqué une anastomose *transversale* ; dans quelques autres cas une incision *fenêtrée* qui leur assure une plaie plus béante de la fémorale. Toutes ces modifications n'ont pas de raisons d'être ; une incision *transversale* est rarement suffisante et quand elle dépasse plus de la moitié de la paroi, elle ne peut offrir que des inconvénients.

La technique du professeur Delbet comporte toujours quatre fils de soutien.

Hesse-Schaack l'ont modifiée en n'employant que deux fils de soutien.

Enfin une deuxième modification a été présentée par Dobrowolskaja, suture dite de dilatation avec incision en lambeau de la saphène.

Suture vasculaire d'après le professeur Delbet

Passage des fils d'appui.

Le premier fil passe à travers la saphène du dehors en dedans, au niveau de l'angle supérieur correspondant de la plaie, il sera prolongé par la fémorale de dedans en dehors. Le deuxième point de suture est conduit de la même manière à l'angle inférieur de la saphène et de la fémorale. Le troisième point englobe le milieu du bord longitudinal antérieur de l'orifice tandis

que le quatrième suture le milieu du bout longitudinal supérieur. En écartant chacun de ces points d'appui on forme une ligne de suture en carré; chacun de ces fils est noué séparément en commençant par le supérieur puis l'inférieur, l'antérieur et en terminant par le postérieur. Tous ces fils sont conservés provisoirement sans être coupés.

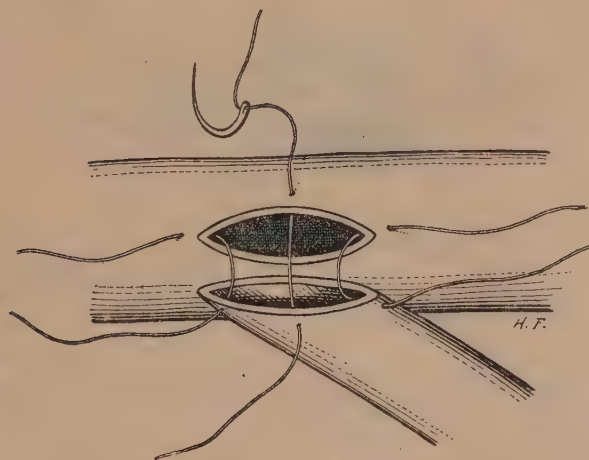


Fig. 8. — Anastomose saphéno-fémorale. — Les quatre points cardinaux. On a passé les points supérieur, inférieur et antérieur.

Ces fils d'appui doivent être complétés par des surjets correspondants. Il faut distinguer le surjet antérieur et le surjet postérieur. On se rappellera qu'il y a une différence d'épaisseur de la paroi fémorale qui est mince et celle de la saphène qui est épaisse; ce détail a son importance, car trop souvent on a tendance de trop englober de la paroi de la saphène, ce qui diminue sa lumière.

En ce qui concerne le surjet proprement dit, nous ne pouvons mieux faire que de rappeler la technique telle qu'elle a été décrite par son créateur, le professeur Delbet.

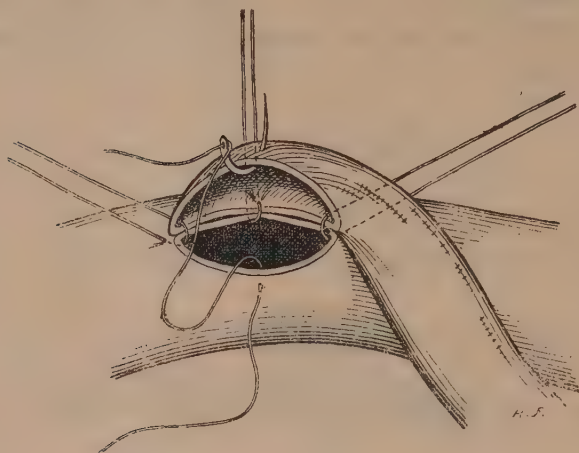


Fig. 9. — Anastomose saphéno-fémorale. — Point cardinal postérieur.

« Le surjet est mené de haut en bas, d'abord sur le
« bord antérieur de l'orifice, avec l'un des chefs du
« point d'appui supérieur. L'aide tirant légèrement sur
« l'autre chef et sur le fil du milieu du bord antérieur,
« tend le premier quadrant et affronte les bords que
« l'aiguille traverse du même coup. Le poids de la
« pince placée sur le fil d'appui postérieur entraîne la
« moitié postérieure de l'orifice et l'aiguille ne ris-
« que pas de charger la paroi opposée du vaisseau.

« Le surjet arrivé au point d'appui antérieur, l'aide
« tend maintenant le quadrant antéro-inférieur en pre-

« nant le point d'appui inférieur et le surjet est mené.
« jusqu'à ce point, auquel on le noue.



Fig. 10. — Anastomose saphéno-fémoral. — Les quatre points cardinaux sont noués. — Surjet antérieur.

« *Surjet postérieur.* — Pour exposer la moitié posté-
« rière de la ligne de suture, il faut d'abord faire pas-
« ser le fil d'appui inférieur sur la saphène, de manière
« à ce que la traction exercée sur les fils d'appui ren-
« verse l'anastomose et mette sous les yeux sa moitié
« postérieure.

« Le surjet commence en haut, à côté du point d'ap-
« pui supérieur. Le quadrant supérieur terminé, l'aide
« tend le quadrant inférieur et le surjet est mené jus-
« qu'au point d'appui inférieur, avec lequel il est ar-
« rêté.

« Avant de couper les fils, on enlève les pinces hé-

« mostatiques; d'abord celle du bout central de la fé-
« morale, puis celle de la saphène et enfin la pince pé-
« riphérique de la fémorale. Les veines se remplissent.
« Si aucune partie de la ligne de suture ne laisse échap-
« per de sang, il n'y a qu'à achever l'opération.

« Si on coupe les fils, l'écarteur lâche le couturier qui
« revient à sa place et l'on fait la suture des plans su-
« perficiels, jusqu'au voisinage de l'angle supérieur de
« l'incision pour mettre à l'abri la région de l'anasto-
« mose.



Fig. 11. — Anastomose saphéno-fémoral. — Les quatre points cardinaux sont noués. Surjet antérieur.

La résection du bout supérieur de la saphène jusqu'à son embouchure se fera en prolongeant l'incision en haut dans la direction de la saphène. Dissection de celle-ci jusqu'à l'embouchure, ligature isolée et section

des collatérales. Dénudation et ligature de la saphène au ras de la fémorale.

B) *Méthode Hesse-Schaack*

Elle se différencie de celle de Delbet en ce que la suture a deux fils de soutien. Tout le reste de la technique est identique à celle de notre maître le professeur Delbet. La fente fémorale étant plus longue que la lumière de la saphène, d'après ces auteurs, les bords de la plaie se tendent et la suture est aussi facile à faire que celle du professeur Delbet.

*La suture de dilatation d'après Dobrowolskaja,
avec incision en lambeau de la saphène.*

Dobrowolskaja (1) a étudié dans toute une série de travaux, la technique de la suture vasculaire sur des vaisseaux de petit calibre, et particulièrement la question de l'anastomose termino-latérale au moyen de l'incision en lambeau et son emploi pratique dans l'exécution de l'anastomose saphéno-fémorale.

Dernièrement, Dobrowolskaja recommande une nou-

(1) DOBROWOLSKAJA. Zur Technik der Naht an Gefassen Kalibers. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 1912. Bd. 119 — Ueber eine das Lumen der Gefassanastomosen erweiternde Methode der Venennant. Beitr. z. Klin. Chir. 1913, t. 86. — Zur Technik der End-zu-Seit Gefassanastomose. Beitr. z. Klin. Chir. 1914, Bd. 89.

velle modification de la suture que rapportent en détail Hesse et Schaack.

Pour obtenir une incision transversale plus commode de la veine fémorale, elle introduit au milieu du vaisseau tendu par le sang une aiguille courbe munie d'un fil relativement long, dont l'autre extrémité est portée par une aiguille droite dans l'axe longitudinal du vaisseau. La distance entre l'entrée et la sortie du fil comporte environ 3 centimètres. Grâce à ce fil, elle fait à l'aide d'un bistouri étroit un orifice dans le sens transversal. Par cet orifice, au moyen d'une fine aiguille à tricoter, le fil se trouvant dans la lumière du vaisseau est ressorti et l'anse ainsi formée sectionnée. Par une légère tension des deux fils de ligature de fixation ainsi formé, l'incision transversale de la veine fémorale se trouve élargie au moyen de petits ciseaux de Richter, jusqu'à la dimension voulue. Ces deux fils de ligature pourront servir de suture protectrice. Les extrémités des fils se trouvant en dehors de la veine fémorale sont pourvus chacun d'une aiguille à suture. Grâce à cette aiguille, on transperce la veine saphène de la périphérie en dedans, à la base des lambeaux, à leur angle de séparation. A ce moment, les deux extrémités des fils se trouvent sur l'intima des vaisseaux et ne doivent pas être liés, car le nœud se trouverait à l'intérieur du vaisseau. Pour éviter ceci, on perfore avec la même aiguille qui a perforé la veine saphène du dehors en dedans, cette fois, la veine fémorale de dedans en dehors, au voisinage de l'endroit où se trouvent les ligatures de soutien. Pour faciliter ce procédé, le bord de l'incision est attiré par la ligature perforante de soutien. L'extré-

mité d'un des fils munis de l'aiguille se trouve alors en dehors du vaisseau, il ne reste plus qu'à retirer l'autre extrémité du fil et de réunir les deux extrémités. *Le nœud se trouvera alors en dehors du vaisseau.* De la même manière, on se comportera pour l'autre suture. Ainsi on aura deux sutures primitives. Les lambeaux se trouvent transversalement par rapport à la veine fémorale; le reste de la technique de la suture se fera suivant le procédé déjà décrit.

D'après la conception de Dobrowolskaja, l'avantage de cette méthode résiderait dans le fait d'éviter une formation sténosante à l'endroit d'anastomose. On y parviendrait par l'allongement de la ligne de section en réunissant l'incision transversale avec l'incision longitudinale de la veine saphène et de l'incision transversale béante de la fémorale. La suture, qui court le long du bord du lambeau sectionné, se trouve à une certaine distance de la lumière du vaisseau transplanté et par suite, ni le dépôt inévitable de fibrine sur les fils de la suture, ni un processus de rétraction pendant la cicatrisation ne sont importants, ce qui serait le cas avec le procédé habituel d'anastomose termino-terminale.

Hesse et Schaack ont pratiqué dix-huit fois la suture de dilatation d'après Dobrowolskaja et ils se sont trouvés d'accord avec les conceptions théoriques de cet auteur. Indubitablement l'anastomose était plus large qu'avec les autres méthodes de suture et surtout le danger de la rétraction par anastomose par suite de cicatrisation dans la ligne de suture était notablement diminué par le déplacement de la suture en dehors. Hesse et Schaack ont pu se convaincre de ce fait dans un cas

où au septième jour d'une anastomose saphéno-fémorale par suite d'un début de thrombophlébite ils ont dû pratiquer la résection de l'anastomose.

Après l'ouverture de la veine fémorale qui fut réséquée 3 centimètres au-dessus et au-dessous de l'anastomose, ils virent que l'anastomose était obstruée par une thrombose rouge foncé, uni. L'enlèvement de thrombose réussit facilement et on vit alors que l'anastomose était largement béante. Son diamètre était de un demi centimètre. La ligne de suture, dont les sections isolées étaient bien visibles, se trouvait en dehors de la lumière de l'anastomose.

Par suite, Heese et Schack eux-mêmes ne peuvent recommander cette méthode de dilatation, malgré qu'ils l'aient appliquée dix-huit fois; cette technique, d'ailleurs, complique souvent la technique habituelle de la suture vasculaire déjà assez difficile. D'autre part, les résultats immédiats et éloignés ne sont pas meilleurs qu'avec les autres méthodes de suture. Cependant, dans certains cas, on peut la conseiller entre les mains d'un bon technicien. On ne peut recommander d'ouvrir la fémorale en état de plénitude comme le conseille Dobrowolskaja. Les avantages sont faibles et il n'est pas plus difficile d'opérer sur la veine vidée que celle remplie de sang sans crainte de saisir la paroi opérée. D'autre part, le sang inondant le voisinage et imprégnant les fils offre l'inconvénient autrement grave de la thrombose.

Nous rapportons cette modification de la méthode de Dobrowolskaja décrite en détails par Hesse-Schaack, uniquement à titre documentaire, car pour les faibles

avantages qu'elle peut présenter, elle offre une complication inutile de la technique et des inconvénients sérieux.

L'éventualité d'une *embolie gazeuse* se présente naturellement à l'esprit de tout opérateur qui entreprend la suture des grosses veines. Cette question a attiré particulièrement l'attention du professeur Delbet, qui lui a consacré une étude détaillée. Comme nous le verrons, les dangers d'une embolie gazeuse ont été considérablement exagérés.

A la suite d'une expérimentation approfondie sur des chiens, notre maître, en collaboration avec Mocquot (1) a pu se convaincre que l'injection d'air ne peut avoir qu'un effet mécanique qui ne commence que lorsque cette quantité est suffisante pour qu'une partie de ces gaz reste libre dans les vaisseaux.

Cette quantité de gaz libre ne provoque pas d'accident quand elle est comprise entre le point d'injection et le cœur. Le danger n'apparaît qu'après la traversée du cœur. Lentement injectés, les gaz ayant le temps de se fixer sur les globules sanguins ne donnent pas d'accidents. Ainsi, comme l'a écrit le professeur Delbet, il faut distinguer une vitesse toxique et non une quantité toxique.

Notre maître a pu déterminer le coefficient dangereux chez le chien, qui est de 5 à 6 centimètres cubes par kilo-

(1) DELBET et MAUGEOT. Recherches expérimentales sur les injections de gaz dans les veines. *Revue de Chirurgie*, t. 28, n° 3, mars 1908.

gramme et par minute. Aussi ce n'est pas les quelques bulles d'air qui pénètrent au cours de l'opération dans la saphène qui peuvent donner lieu à quelques inquiétudes.

D'ailleurs, sur les 300 cas que nous avons recueillis, jamais on n'a relevé le moindre incident dans ce sens.

Hesse et Schaack eux-mêmes déclarent que les faibles quantités d'air qui pénètrent dans les veines, comme cela est inévitable au cours de l'anastomose saphéno-fémorale, sont supportées par les malades sans aucune réaction.

En ce qui concerne le succès de la suture de la saphène, il dépend du soin et de l'habileté opératoire du chirurgien. Il ne doit y avoir aucun suintement sanguin à la suite d'une suture bien faite. Toute *hémorragie* révèle une technique défectueuse, exigeant des sutures complémentaires. Hesse et Schack reconnurent eux-mêmes qu'à mesure de la perfection de leur technique dans leurs derniers cas ils n'ont plus observé d'hémorragie. Sur 115 cas, ils ont noté l'absence de toute hémorragie dans 79 cas, dans 21 cas une hémorragie légère arrêtée par compression et enfin dans quinze cas elle fût plus intense, nécessitant des points de suture complémentaires. Il est nécessaire que les points de suture ne soient pas trop éloignés; on ne doit pas exercer de traction trop prolongée ou violente sur les fils de suture, de cette manière on exclue la possibilité d'une hémorragie.

Dans un de ces cas, à la suite de vomissements anesthésiques au cours de l'opération, provoqués par de vio-

lentes quintes de toux, de la suture veineuse s'écoula un peu de sang qui fut arrêté par la simple compression.

Jamais nous n'avons vu *d'hémorragies secondaires*, de même que Hesse et Schaack, Mantelli, Kostlivy, contrairement aux craintes injustifiées d'Eckstein (1).

Anatomie pathologique de l'Anastomose saphéno-fémorale.

L'examen anatomo pathologique de l'anastomose saphéno-fémorale donne un aperçu intéressant pour conclure à la perméabilité de la suture et par suite s'il y a passage de la circulation de retour de la saphène dans la fémorale..

Si dans notre service il ne s'est présenté aucun cas pouvant permettre cet examen anatomo pathologique, par contre Hesse et Schaack (2) au cours d'une autopsie d'un malade ont pu faire cet examen de l'anastomose saphéno-fémorale un an et cinq mois après l'intervention.

Macroscopiquement, il fut démontré que l'anastomose nouvellement formée était perméable, permettant

(1) ECKSTEIN. Die Madelung'sche Varicen operation im Vergleich und den andern Behandlungsmethoden des Krampfadens besonders der Trendelenburg'schen operation. Thèse, Breslau, 1913.

(2) HESSE et SCHAACK. Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Venenraht, Speziell der saphéno femoralen Anastomose bei varicen Brun's Beitr. J. Klin. Chir. 1914, Bd. 89.

le passage d'une sonde creuse ordinaire de la grosseur d'une allumette. Entre l'embouchure primitive dans la fémorale et l'anastomose artificielle de la saphène, il y avait présence de deux solides valvules.

Microscopiquement, on observe les faits suivants :

1. Autour de l'endroit de suture, il subsiste au bout de 3 ans et 7 mois (1305 jours) une infiltration leucocytaire. Au-dessous de cette infiltration leucocytaire, on trouve de nombreuses cellules géantes étrangères.

2. Les fils de soie, ou plus exactement leurs reliquats, sont bien conservés dans les pièces au bout de 1305 jours; cependant, ils sont moins abondants que dans les préparations plus récentes (1 an 5 mois). Ces reliquats proviennent notamment de l'intima.

3. Les éléments musculaires sont diminués dans toutes les couches de la paroi vasculaire au voisinage de l'anastomose.

4. Le tissu conjonctif est très exagéré autour de l'endroit de suture et par place présente l'aspect d'une dégénérescence hyaline.

5. Les éléments élastiques sont considérablement diminués à l'endroit de la suture. La disposition ininterrompue ondulante des fibres élastiques est de nouveau observée à une certaine distance de l'endroit de la suture.

Les éléments élastiques de la paroi veineuse sont bien développés dans les conditions de travail physiologique. Dans des conditions défavorables, par contre, en cas d'insuffisance valvulaire ou d'inactivité complète (extrémité de la saphène liée), les fibres élastiques diminuent et s'atrophient. Comme ces résultats sont dé-

pendants de l'anastomose saphène fémorale, ils forment l'élément favorable de cette opération tant au point de vue physiologique qu'histologique. Le tissu des veines est si important pour le travail normal de la veine, qu'il est capable sous l'influence de l'anastomose saphéno-fémorale de ne pas diminuer même en cas de transformation veineuse variqueuse mais au contraire d'augmenter et de se régénérer.

Tout ceci confirme l'exactitude des conceptions de M. Delbet. Il en résulte qu'il y a perméabilité complète de l'anastomose saphéno-fémorale. En outre consécutivement à cette opération, la saphène n'ayant plus à combattre un excès de pression, reprend sa constitution normale et se débarrasse des éléments musculaires surajoutés.

CHAPITRE VIII

Modifications de l'Anastomose saphéno-fémorale.

Quelques auteurs ont cherché à modifier la technique indiquée par le professeur Delbet. Il faut avouer que ces initiatives n'ont pas donné des résultats aussi heureux qu'espéraient leurs auteurs. Ainsi Castle (1), se basant, d'ailleurs à tort, que dans l'anastomose saphéno-fémorale il y avait une possibilité de la formation d'une thrombose de la veine fémorale, a cru plus logique de pratiquer une anastomose termino-terminale d'une branche de la veine fémorale superficielle avec la veine saphène interne. Dans le cas où il se formerait par hasard une thrombose, il pouvait l'enlever sans risque pour la veine fémorale.

Néanmoins, l'auteur lui-même est obligé de reconnaître que la branche de la fémorale utilisée par lui pouvait manquer et que dans ce cas il était obligé de revenir à la technique préconisée par le professeur Delbet ou d'agir suivant le procédé de ligature du Trendelen-

(1) CASTLE H.-C. Venous anastomosis for cure of varicous veins. Vein venostomy. Jour. Amer. Med. Assoc. 20 mai 1911, t. 56, p. 1447.

burg ou d'opérer encore d'après la méthode de Ferguson. La technique préconisée par Castle est pratiquement difficile, car il n'est pas aisé de trouver une branche de la fémorale d'un calibre suffisant; d'autre part, l'anastomose à la partie inférieure du triangle de Scarpa est rendue pénible par la présence de rameaux musculaires volumineux du quadriceps et de ceux de la branche de la fémorale profonde, car il est difficile de les isoler.

Notre maître combat ce procédé; il est douteux qu'on pût toujours compter sur une valvule suffisante dans le sens du courant et ainsi il peut se faire qu'en l'absence d'une pareille valvule le résultat fût absolument négatif.

En outre, les valvules des veines profondes sont « sous-confluentes » et il pourrait se produire que la valvule suivante fût présente au loin dans la collatérale et le résultat échoue. La crainte de la thrombose est exagérée, aussi notre maître ne voit aucune utilité à changer techniquement la méthode.

Suivant les principes de Castle, Hesse et Schaack dons un cas ont pratiqué *l'anastomose entre la saphène et la veine fémorale profonde*. Ils ont constaté les difficultés techniques de la méthode et ont reconnu la justesse des critiques du professeur Delbet.

Coenen (1) avait également soutenu ces principes combattus par le professeur Delbet.

(1) COENEN. Diskussions bemerkung zur Vortrag von Hesse and Schaack. — Verh. d. D. Ges. f. Chir. 40 Kongress 1911.

Comme pour les veines profondes des membres inférieurs, par suite de la compression musculaire, il se produit un mouvement unique du sang veineux vers le haut, plus que dans la veine saphène où l'association musculaire fait défaut; Coenen anastomose dans le creux poplité la veine saphène interne variqueuse de la jambe, après section de son extrémité inférieure, avec le bout central de la veine tibiale postérieure sectionnée périphériquement et liée par une suture circulaire; car il conçoit que l'action d'aspiration de la veine tibiale postérieure, de la veine poplitée et de la veine fémorale créerait un nouveau canal de dérivation actif pour les varices remplies de sang.

Coenen prétend que sa conception est justifiée, car après la terminaison de la suture il put nettement voir que les veines réunies se remplissaient de bas en haut. Coenen croit que cette anastomose veineuse dans le creux poplité, qu'il désigne sous le nom *d'anastomose varico-tibiale*, est plus facile et plus inoffensive que l'implantation de la veine saphène dans la veine fémorale recommandée par le Professeur Delbet. Coenen dans une communication consécutive, revient sur cette méthode opératoire et déclare à nouveau que la dérivation du sang de la saphène dans une veine musculaire profonde se jetant dans la veine poplinée qui est entourée de muscles, offrirait des conditions d'écoulement plus favorables que l'anastomose saphéno-fémorale.

(1) COENEN. Diskussionsbehandlung zum Vortrage Gottschack Varicenoperation Zeitsch. f. Chir. 1912 n° 13.

Cœnen prétend que les résultats de l'anastomose saphéno-tibiale ont été favorables; cependant l'auteur devrait encore attendre l'épreuve du temps qu'on peut considérer avec un certain scepticisme.

Le professeur Delbet considère le procédé de Cœnen comme sans but, car l'évacuation des veines superficielles dans les profondes à la jambe est difficile.

Hesse et Schaack se joignent à cette critique; la différence de pression entre la veine tibiale postérieure et la veine saphène interne de la jambe et au creux poplité est trop minime et par suite la succion dans les veines profondes n'est pas suffisamment intense. Il existe à la jambe un nombre suffisant de rameaux veineux perforants, qui transportent une certaine quantité de sang, mais insuffisamment pour décharger le système superficiel surchargé. Si les conceptions de Cœnen avaient été justes, la seule résection de la saphène interne aurait donné un bon résultat; on obtiendrait par ce simple procédé ce qu'exige Cœnen de son anastomose saphéno-tibiale, car le sang coulerait le long des voies de liaison préexistant du réseau veineux superficiel dans le réseau profond. La pratique apprend que la résection de la saphène à la cuisse seule, donne dans 48 % des cas de mauvais résultats (Jeanel), les symptômes de stase étant les plus prédominants. Pour résoudre le principe d'une succion suffisante, il faut qu'il y ait une différence de pression entre le réseau veineux superficiel et profond suffisamment grande et dans l'anastomose saphéno-tibiale elle est notablement plus faible que dans l'anastomose saphéno-fémorale. Pour ces raisons le dernier procédé est préférable. Techniquement d'ailleurs, le

procédé de Coenen est plus difficile et d'autre part l'anastomose saphéno-fémorale n'est pas plus dangereuse.

De l'Anastomose saphéno-fémorale en relation avec des anomalies de la saphène interne et de la fémorale superficielle.

En général le système veineux superficiel du membre inférieur est continué par la saphène interne. Cependant il n'est pas rare d'observer des saphènes doubles et même triples. Dans leurs recherches anatomiques, Hesse et Schaack ont trouvé une saphène double dans 18 % des cas. Nous avons trouvé une saphène double dans 10 cas jusqu'en 1913. Depuis nous avons trouvé un pourcentage total à peu près égal à celui de Hesse-Schaack.

On comprend d'avance que ces cas au cours de l'anastomose saphéno-fémorale méritent une attention particulière. Le danger de la récurrence dans ces cas est double. Dans chaque cas avant de pratiquer l'anastomose, il faut toujours penser à la possibilité d'une saphène double. Aussi faut-il vérifier avant l'opération toute la cuisse. En position debout avec un calibre de veine pas trop faible et des couches cutanées pas trop épaisses, on peut très bien voir et palper. D'autre part, au cours de l'intervention, le tissu adipeux sous-cutané, après dénudation du tronc principal de la saphène, devra être recherché pour vérifier la présence possible des voies veineuses parallèles accessoires. Naturellement il ne faut rien traumatiser et il faut pratiquer cette manœuvre dans le sens centripète. Aussi est-il recommandable après la dénudation de la saphène, de la dénuder rapidement jusqu'à son embouchure dans la fémorale et de

lâ rechercher une embouchure possible des veines accessoires.

Dernièrement, nous avons eu l'occasion de voir un malade opéré par M. Leveuf, le 5 avril 1922, qui présentait les faits relatés plus haut. Voici le compte-rendu de cette opération, à laquelle nous avons assisté.

Rachianesthésie. — Incision sur le trajet de la crosse de la saphène. On tombe sur une *veine non distendue*. En disséquant le bout supérieur jusqu'au triangle de Scarpa, on découvre une *veine normale* qui, au niveau de la fosse ovale décrit une crosse et plonge dans la profondeur. La crosse recevait une veine tégumenteuse et une deuxième veine de calibre moindre. En se reportant à un centimètre en dedans on trouve la *vraie saphène*, très variqueuse, qui rejoint deux veines honteuses.

Anastomose à la partie moyenne sans incidents. Résection de la crosse de la saphène. La fausse saphène se jette dans la vraie tout près de son embouchure dans la veine fémorale.

Dans le cas du malade ci-dessus, il est intéressant de noter que dans une opération précédente effectuée sur l'autre membre le 20 mars 1922 par M. le Professeur Delbet, au cours de l'anastomose saphéno-fémorale, l'opérateur s'est aperçu que la veine fémorale postérieure était très grosse, à parois très minces, une tégumenteuse petite et, ce qu'il y a de curieux, une veine profonde anormale se dirigeant vers l'épine iliaque en contact avec l'arcade crurale.

En général, en cas de saphènes doubles, on distingue deux types d'embouchures :

1° Les deux saphènes se réunissent peu avant leur embouchure dans la fémorale.

2° Les deux saphènes se jettent séparément dans la fémorale, cependant à peu de distance l'une de l'autre.

Le premier type est le plus fréquent. Si on conçoit cette possibilité, il est impossible de laisser passer inaperçu des voies veineuses accessoires. Si l'on ne poursuit pas le système veineux superficiel jusqu'à la fosse ovale, naturellement on peut laisser passer un rameau parallèle et l'anastomose deviendra illusoire dans son action physiologique.

En opérant suivant ces principes, ayant trouvé un second tronc veineux, on utilisera pour l'anastomose le tronc le plus volumineux, le plus petit sera réséqué sur sa plus grande étendue,

Si la réunion se fait d'après le type I, suivant les circonstances, on pourra réséquer à la saphène le petit fragment au-dessus du trajet commun et on l'anastomosera. L'inconvénient c'est que la saphène devra être très recourbée au-dessus pour que l'anastomose se trouve au-dessous d'un certain nombre de valvules fonctionnant bien. Il faut éviter la coudure de la saphène. Si l'on se trouve en présence de deux saphènes, il faut également prévoir la possibilité d'un troisième tronc et agir suivant les principes ci-dessus.

Dans leurs premières interventions, Hesse et Schaack n'ont pas tenu compte suffisamment de ces possibilités et une partie de leurs échecs fût attribuable à cette double saphène. Les résultats à distance furent notablement plus mauvais, donnant une récurrence dans 57 % des cas.

On peut conclure qu'en pratiquant l'anastomose sa-

phéno-fémoarle, il faut toujours rechercher le second tronc de la saphène et dans ce but dénuder la saphène jusqu'à son embouchure dans la veine fémorale.

En dehors des anomalies possibles de la saphène interne, il faut tenir compte de celles de la veine fémorale superficielle.

Régulièrement, la veine fémorale superficielle forme un gros tronc isolé jusqu'à l'entrée du canal de Hunter. Elle se divise là presque constamment en trois troncs *a*, une grosse veine qui est postérieure à l'autre; *b*) deux canaux collatéraux, l'un antérieur et externe par rapport à l'artère, l'autre antérieur et interne.

Parfois, écrit notre maître le Professeur Delbet, il arrive qu'un de ces canaux collatéraux remonte beaucoup plus haut et ne se fusionne avec la fémorale qu'au niveau du triangle de Scarpa; il rejoint alors quelquefois les veines profondes musculaires. D'autre part, en principe, le calibre de la veine fémorale superficielle est plus considérable que celui de la saphène; cependant, dans certains cas, on peut rencontrer deux veines fémorales d'égale grosseur ou une veine longée par une collatérale plus petite. La méconnaissance de ces faits peut exposer à des erreurs regrettables. L'anastomose peut encore être pratiquée avec une veine fémorale de petit calibre ou dédoublée; la technique seulement est plus délicate.

Hesse et Schaack ont trouvé dans huit cas (7 % de leur matériel) deux troncs veineux accompagnant l'artère déjà à 15-20 centimètres au-dessous de la fosse ovale.

En pratiquant l'anastomose plus bas qu'on ne le fait

d'habitude, ces auteurs se sont heurtés quelquefois à trois troncs veineux parallèles, avec un calibre plus petit que celui de la saphène. La situation devenait encore plus difficile à résoudre quand on tombait sur de nombreuses anastomoses et des formations veineuses en îlots. Les rameaux parallèles du tronc principal sont en général peu gênants.

Dans ces cas anormaux, Hesse et Schaack ont adopté la technique suivante :

Quand, on trouve, après dénudation du système veineux profond, deux troncs de la veine fémorale, ils devront être isolés prudemment l'un de l'autre et le plus gros d'entre eux sera utilisé pour l'anastomose. Si au cours de la libération profonde on tombe sur trois troncs dont la lumière est trop faible pour pratiquer une anastomose, on devra toujours poursuivre la dénudation des vaisseaux jusqu'au haut et pratiquer l'anastomose dans les parties les plus élevées. Ces auteurs agissaient de même pour les formations en îlots de la veine fémorale, d'ailleurs très rarement absente.

Comme notre maître le professeur Delbet, en ce qui concerne la veine fémorale, ces Auteurs déclarent une fois de plus qu'ils n'ont jamais pu reconnaître une varicosité des veines profondes, une affirmation, qu'ils ont pu vérifier par l'inspection soigneuse des veines profondes.

La phlébosclérose de la veine fémorale est très rare, quoi qu'existante. Sur toute leur statistique, ces auteurs ont pu faire cette observation trois fois. Dans deux de leurs cas, il n'y avait qu'un épaississement relatif de la paroi, par contre, dans un cas il y avait quelques

plaques de sclérose de la paroi postérieure de la veine. Naturellement dans ce dernier cas, les auteurs n'ont pu pratiquer l'anastomose saphéno-fémorale. Quant à nous malgré un dépouillement attentif de tous nos cas, nous n'avons jamais trouvé une pareille atération.

En général, la paroi de la veine fémorale est notablement plus mince que la paroi de la saphène, un état qui rend plus difficile la technique de la suture vasculaire. Cette observation confirme davantage le fait que les altérations de la paroi dans les varices se rapportent toujours qu'au réseau veineux superficiel.

Suivant les cas, l'incompatibilité des parois vasculaires de la veine fémorale et de la veine saphène peut être si grande que la suture vasculaire devient des plus difficiles. Dans leurs observations, Hesse et Schaack ont relevé 19 fois une minceur extraordinaire de la paroi de la fémorale. Dans deux de ces cas, la paroi veineuse était si mince qu'à la suture vasculaire elle se déchira et il fallut pratiquer une série de sutures supplémentaires.

En résumé, en opérant, il faut toujours vérifier soigneusement s'il y a présence d'anomalies de la veine saphène interne ou de la fémorale superficielle; on agira en conséquence, car en ne tenant pas compte de ces possibilités, on pourrait s'exposer à des échecs, indépendants de la méthode.

CHAPITRE IX

Des Accidents et des Complication post-opératoires.

A. — Mortalité.

En 1911, Hesse et Schaack ont eu à déplorer un cas de mort à la suite d'une thrombophlébite consécutive à une anastomose saphéno-fémorale. Ce cas malheureux concernait un homme qui succomba au vingt-cinquième jour de l'opération, d'une infection générale avec métastases ayant eu pour origine une thrombophlébite de la saphène et de la fémorale. Le malade mourut de pneumonie; l'origine de l'infection n'a pu être déterminée avec certitude.

Il ne s'ensuit pas qu'on dût conclure au danger de la méthode, car ce cas reste unique sur toutes les statistiques que nous eûmes l'occasion de vérifier.

Dans le tableau suivant nous rapportons les statistiques actuellement connues d'anastomoses saphéno-fémorales pratiquées en relation avec le nombre de malades :

Delbet	113	anastomoses pour	106	malades
Hesse et Schaack ..	115	anastomoses »	108	malades
Kostlvy.....	22	anastomoses »	22	malades
Mantelli.....	9	anastomoses »	22	malades
Weichert	7	anastomoses »	7	malades
Frankenheim (1)...	1	anastomose »	1	malade
Pélissier (d'Alger) (2) ..	2	anastomoses »	2	malades
Dubouche (d'Alger) (3) ..	2	anastomoses »	1	malade
Tscherepnina	12	anastomoses »	12	malades
Kostlody (4)	2	anastomoses »	2	malades
Greiffenhagen (5) ..	2	anastomoses »	2	malades

187 anastomoses pour 275 malades

Si nous rajoutons encore les cas de Kütter (6), Castle (7) et Bernardski (8), nous voyons que la morta-

(1) FRANGENHEIN. Kongress der Deutschen Gessellschaft f. Chir. 1911.

(2) PÉLISSIER. Anastomose saphéno-fémorale pour varices par insuffisance valvulaire de la saphène interne B. et M. Soc. de Chir. Paris 4 mai 1920. p. 621.

(3) DUBOUCHER. Résultat éloigné d'une anastomose saphéno-fémorale. Récidive d'un eczéma quatre années seulement après l'intervention. Soc. de chir. idem.

(4) KOSTLIVY. Ueberr Naht der Blutgefässe. Sudslavischen Kongress fur operation. Medezin in Belgrad. 18-20-IX-1911.

(5) GREIFFENHAGEN. Communication orale.

(6) KÜTTER. Zent. f. Chir. 1913-N° 1.

(7) CASTLE. Venous anastomosis for cure of varicous veins Jour. Amer. Med. Assoc. N° 56-1911. p. 1447.

(8) BERNARDSKI. Zur Frage des Einflusses operation. Eingriffe auf die morphologische Blutzusammensetzung. Thèse St-Pétersbourg. 1912-181.

lité sur plus de 300 anastomoses revient à moins de 0,30 p. 100.

B. — *Des possibilités de l'infection endovasculaire et péricavasculaire.*

Comme nous l'avons vu si le cas de mort rapporté par Hesse et Schaack par thrombophlébite est tout à fait exceptionnel, par contre on a pu relever quelques incidents postopératoires.

La *thrombophlébite* est la complication la plus grave qui puisse se produire à la suite d'une anastomose saphéno-fémorale. *En respectant les indications précises de cette opération, on évite les causes de thrombose.*

Hesse et Schaack à deux reprises ont observé deux thrombophlébites purulentes. Dans le premier cas, le cas mortel signalé ; il s'agissait d'une infection interne typique du vaisseau, tandis que dans le 2^e cas il y avait une infection péricavasculaire ayant donné lieu à une thrombose veineuse par passage à la paroi vasculaire. Le premier malade présentait des symptômes de septicémie, le 9^e jour la prise de sang dans la veine cubitale révéla des streptocoques. Le 10^e jour en incisant les tissus péricavasculaires autour de l'anastomose on put également constater la présence de streptocoques dans un épanchement sanguin péricavasculaire. Le 12^e jour il se produisit une fonte purulente de l'endroit de l'anastomose.

Par contre pour le second cas, déjà au 4^e jour la plaie opératoire dût être réouverte par suite d'un

phlegmon sous-aponévrotique, que traversaient librement de gros vaisseaux. Le 6^e jour signes de thrombose de la saphène, ligature de la veine fémorale au-dessus du ligament de Poupart; guérison.

Il se peut, écrivent Hesse et Schaack, que si nous avions également lié la fémorale à l'apparition des symptômes infectieux, peut-être aurions-nous évité les complications qui ont emporté le malade du premier cas.

En présence de ces infections endo — ou périvasculaires, il est nécessaire de lier les veines afférentes du côté central et de réséquer l'anastomose et de drainer la région rétrovasculaire, qui peut être un réceptacle de pus.

Par contre le Professeur Delbet n'a jamais eu à constater de thrombophlébite postopératoire immédiate; comme il l'écrivait déjà en 1907, « en faisant une opération strictement aseptique la thrombose peut être évitée. »

Suites opératoires de l'Anastomose saphéno-fémorale.

Les suites opératoires immédiates observées consécutivement à l'anastomose saphéno-fémorale ont été des plus satisfaisantes dans la presque totalité des malades opérés par M. Delbet, depuis le 22 juin 1906.

La *cicatrisation* a suivi une évolution des plus régulière, à part quelques rares cas qui ont présenté des incidents de peu d'importance. Ainsi, dans un cas, il y eut une petite désunion de la plaie opératoire sur une étendue de 3 cm. Cinq fois il y a eu de petits héma-

tomes qui furent évacués sans incidents au moment de l'enlèvement des fils. Enfin, dans quatre cas, on a observé de légers phénomènes douloureux sur le trajet des veines dilatées; une fois, un peu de rougeur. Toutes ces manifestations furent de courte durée sans jamais provoquer d'oblitérations veineuses durables ou de thrombose, de suppuration ou de lymphangite.

Dans le service de notre Maître, la grande majorité des malades se levaient du 15^e au 20^e jour de l'opération, après cicatrisation définitive. La convalescence était rapide, les malades reprenant leurs occupations antérieures un mois à six semaines après l'intervention.

Etant donné que les suites dans l'immense majorité des cas ne présentaient rien de particulier, nous n'avons pas à décrire des faits sans aucune utilité concernant ces malades. Par contre Hesse et Schaack ont voulu établir, suivant une statistique détaillée, tous les incidents qu'ils ont cru observer.

Sur leurs 100 cas d'anastomoses saphéno-fémorales, ils ont obtenu une cicatrisation per primam sans aucune réaction locale en générale. Quatre de leurs malades de ce groupe ont montré un petit hématome sans importance et chez deux autres malades le 30^e et le 40^e jour de l'opération une suppuration par ligature. Dans trois cas, ils eurent une suppuration superficielle antéaponevrotique, qui disparut aussitôt après incision de l'abcès; dans 2 cas enfin il y eut de la suppuration chez l'un prévasculaire, chez l'autre endovasculaire.

Kostlivy, Mantelli et Weichert n'ont rien relevé d'anormal dans les suites postopératoires de leurs ma-

lades. Au contraire, Kostlivy nous a personnellement informé par écrit que tous ses cas ont eu un plein succès opératoire immédiat sans aucune réaction.

Hesse et Schaack ont étudié la température au cours de la période post-opératoire de leurs malades. Dans 90 cas, la température fut absolument normale. Dans 25 cas, il y eut une légère élévation thermique dont 13 cas atteignirent 38°. Ceux-ci comprenaient :

Complications pulmonaires.....	3 fois
Néphrite exacerbée	1 fois
Otite moyenne	1 fois
Thrombose aseptique	1 fois
Suppuration superficielle	1 fois
Causes indéfinies	6 fois

Au-delà de la 38°, ils relèvent 12 cas qui sont :

Complications pulmonaires (pneumonie).	3 fois
Thrombophlébite septique	2 fois
Thrombose aseptique	1 fois
Causes indéfinies	6 fois

En résumé, ils ont eu :

Manifestations inflammatoires veineuses.	5 fois
Manifestations inflammatoires dans les autres organes	8 fois
Causes indéfinies	12 fois

Parmi les opérés dans le service du professeur Delbet, nous avons trouvé une femme qui présenta, à la suite de l'opération, une élévation thermique due à une congestion pulmonaire probablement d'origine grip-pale; un autre malade (obs. XLIII) artérioscléreux por-

teur d'une plaie infectée du pied droit, eut à deux reprises une assez forte fièvre ($38^{\circ}6$ et $39^{\circ}2$) associée à des douleurs internes du pied malade.

Un cas opéré par anastomose bilatérale en 1912 par M. Leveuf, montra au 6^e jour de sa seconde anastomose une élévation thermique jusqu'à 40° ; une injection de propidon ramena le lendemain la température à $37^{\circ}5$; le surlendemain elle remonta à $39^{\circ}3$, une seconde injection ramena définitivement une température normale. Enfin, un malade présenta quelques jours après l'anastomose une légère élévation de température (obs. 52); un autre également, à plusieurs reprises, fit de légères poussées coïncidant avec des signes de phlébite.

Hesse et Schaak ont noté 15 fois une thrombose veineuse postopératoire, deux d'entre elles étaient des thrombophlébites septiques déjà mentionnées à plusieurs reprises, les 13 autres étaient des phlébites aseptiques. Celles-ci avaient leur siège aux segments suivants :

Al'endroit de l'anastomose	4 fois
5 cm. au-dessous de l'anastomose.....	1 fois
Sur la saphène à la cuisse	1 fois
Sur la saphène à la région du genou....	2 fois
Sur la saphène à la jambe	5 fois

Pour ces deux groupes, la saphène à la cuisse était perméable. Deux des cas ci-dessus cités ne révélaient aucun signe clinique d'une thrombose postopératoire; par contre, l'examen nécropsique de ces deux malades ayant succombé à une maladie intercurrente 1 an et

5 mois et 3 ans et 7 mois respectivement après l'opération ont démontré des reliquats de thrombose à l'endroit de l'anastomose. On pourrait donc convenir qu'il y ait dans certains cas présence de thrombose de la saphène cliniquement indigestible. Inversement, à la suite d'une thrombose la veine peut reprendre sa perméabilité.

Dans nos cas de thromboses, nous trouvons 2 cas de thrombophlébites postopératoires. Dans le premier cas (obs. 52) déjà décrit en détail dans un autre chapitre, nous pouvons noter que le malade ayant subi une anastomose saphéno-fémorale bilatérale, présenta des symptômes de phlébite 20 jours après la seconde opération. Le malade se rétablit complètement, cette phlébite ne l'empêcha pas de reprendre son métier quelque temps après, avec un bon résultat opératoire immédiat.

Le second cas était celui d'une malade opérée le 13 novembre 1922 qui, à six reprises différentes, au cours de deux mois de convalescence, présenta de légères élévations thermiques, pendant 24 heures et qui étaient en rapport très vraisemblablement avec des manifestations inflammatoires des veines variqueuses.

Revue dernièrement, cette malade montre une veine parfaitement souple, avec un signe de Trendelenburg négatif et un état général excellent.

Les moyens de prophylaxie vis-à-vis de la thrombose ont déjà été discutés; d'habitude, auparavant, Hesse et Schaack laissaient leurs malades couchés jusqu'à 3 ou 4 semaines. Plus récemment, ils les laissent sortir après 14 jours de lit. Comme nous l'avons déjà dit, le professeur Delbet les garde au lit de 15 à 20 jours, à

part les cas que nous avons mentionnés ayant eu des phénomènes inflammatoires au cours de leur convalescence. Les malades de Hesse-Schaack ont quitté le lit après le laps de temps suivants :

11-13 jours	2 fois
14 jours	9 fois
15-16 jours	7 fois
17-18 jours	21 fois
19-21 jours	27 fois
22-28 jours	24 fois
29-35 jours	16 fois
36 et davantage	8 fois
Exitus	1 fois

Pour les 8 cas qui sont restés plus de 36 jours au lit, il s'agissait de manifestations inflammatoires du côté des veines; une fois c'était une pneumonie grave; une fois de l'entérocólite et une fois pour deux opérations consécutives.

Les malades de Mantelli quittaient le lit au 20^e jour, a part 3 cas qui, après s'être levés ayant ressenti une certaine douleur le long de la saphène, se recouchaient pendant 10 autres jours, ce qui suffisait pour faire disparaître tous ces symptômes douloureux. Tous les malades de Mantelli ont été capables de reprendre leur travail antérieur.

CHAPITRE X

Résultats immédiats de l'Anastomose saphéno-fémorale

En classifiant notre statistique de résultats immédiats en cinq groupes nous obtenons sur 106 cas les chiffres suivants :

- 1^{er} Groupe. — Résultats excellents : 30 cas, soit 28,3 %.
- 2^e Groupe. — Très bons résultats : 42 cas, soit 39,62 %.
- 3^e Groupe. — Bons résultats : 29 cas, soit 27,3 %.
- 4^e Groupe. — Résultats médiocres : 4 cas, soit 3,7 %.
- 5^e Groupe. — Echecs : 1 cas, soit 0,94 %.

Sous la dénomination de résultats excellents (30 cas) nous comprenons les cas qui présentent une régression complète des varices au moment du lever du malade avec le signe de Trendelenburg négatif. En outre, disparition de l'oedème et des troubles subjectifs immédiatement après l'opération. Récupération complète de la faculté de travail avec reprise, sans le moindre incident, de la profession exercée par le malade. Cicatrisation rapide des ulcères chez ceux qui en avaient.

Le 2^e groupe, que nous intitulons « très bons résultats » comprend 45 cas où les malades ont vu leurs varices considérablement diminuées de volume après l'anastomose. Le signe de Trendelenburg négatif et, chez les porteurs d'ulcères, la cicatrisation en moins de 25 jours.

Au point de vue subjectif, les malades se déclaraient très satisfaits.

Le 3^e groupe, « Bons résultats », comprend 29 cas. Là également l'état fonctionnel était excellent, les varices diminuées de volumes, signe de Trendelenburg négatif ; seulement, au point de vue anatomique, on notait la persistance des dilatations variqueuses.

Le 4^e groupe, « Cas médiocres », avec 4 cas, renfermait ceux qui ayant un état fonctionnel satisfaisant, des troubles subjectifs notablement amendés avec signe de Trendelenburg négatifs n'ont pas présenté de modifications de l'état anatomique de leurs varices, tandis que les ulcères montraient un retard de cicatrisation allant de un à deux mois.

Dans le 5^e groupe, « Echechs », nous avons seulement un seul cas où l'ulcère ne cicatrisa pas, nécessitant 5 mois après, une résection de la saphène suivie un mois après d'une amputation de la jambe. Ce malade est étudié en détail au chapitre des ulcères variqueux ; étant donné les particularités qu'il présentait l'échec était inévitable, quelle que fût la méthode employée.

En analysant les cas de tous ces groupes il faut dire que tous à la suite de l'intervention ont présenté le signe de Trendelenburg négatif et la disparition du symptôme de l'impulsion à la toux.

Dans ce chapitre nous considérerons aussi et successivement, suivant l'ordre chronologique, les résultats opératoires immédiats obtenus par divers Auteurs; nous insisterons particulièrement sur la consciencieuse étude de Hesse et Schaack qui rapportent une statistique importante.

Weichert (1), en 1913, rapporte les résultats opératoires immédiats de 7 observations. Le 1^{er} cas était une anastomose saphéno-fémorale bilatérale; aussitôt levé le malade présenta un tableau clinique complètement modifié; le signe de Trendelenburg était devenu négatif aux deux jambes et le malade lui-même déclarait trois semaines après l'intervention, qu'il ressentait une grande amélioration, même quand il avait passé toute sa journée debout.

Le deuxième malade, après avoir présenté une orchite du côté opéré, quitta l'hôpital en manifestant une grande satisfaction; spontanément il avoua qu'il se sentait mieux du côté de sa jambe gauche qu'avant l'opération et qu'il n'éprouvait aucun trouble à rester travailler debout malgré son pénible métier.

Le troisième malade se leva au 19^e jour et trois jours après il se sentait si bien qu'on put le laisser partir. Les varices avaient complètement disparues et après une station debout de plus de 15 heures, on ne notait aucun œdème.

Le quatrième malade subit une double anastomose

(1) WEICHERT. Saphéno-femorale Anastomose bei Varicen
Berl. Klin. Woch. 1913. n° 30.

saphéno-fémorale en deux séances, les deux plaies opératoires se cicatrisèrent complètement, le malade partit trois semaines après, ne présentant plus de troubles.

Le cinquième malade, aussitôt après l'opération, présentait également un signe de Trendelenburg négatif.

En résumé les cinq malades de Weichert, dont deux avaient subi une anastomose bilatérale, ont présenté des résultats opératoires immédiats irréprochables.

Le Professeur Kostlivy (1), dans une lettre personnelle nous écrit que ses 22 cas opérés ont donné lieu à un résultat opératoire immédiat très satisfaisant, tant au point de vue objectif que subjectif.

Six des opérés de Mantelli se sont levés au 20^e jour de l'opération, sans présenter aucun incident, avec cicatrisation per primam et signe de Trendelenburg négatif.

Trois autres malades ont eu également des suites opératoires sans aucun incident, mais par suite d'une légère douleur ressentie à leur première station debout, le long de la saphène interne, ces malades prolongèrent leur séjour dix jours de plus.

Nous pouvons dire qu'au point de vue fonctionnel les neuf malades de Mantelli ont eu un résultat opératoire immédiat excellent. En ce qui concerne le résultat anatomique, seul un cas a présenté une légère diminution immédiate de l'ectasie veineuse. Mais comme l'a déjà noté le Professeur Delbet, cette persistance dans le volume des varices ne signifie nullement un échec; le résultat de la

(1) KOSTLIVY. L. C.

(2) MANTELLI. L. C.

méthode se manifeste souvent anatomiquement qu'après un temps prolongé, tandis que les résultats fonctionnels peuvent donner lieu à une amélioration rapide, qui seuls doivent être envisagés.

Il nous reste maintenant à rapporter plus longuement l'importante statistique de Hesse et Schaack.

Ces auteurs ont classé en cinq groupes les résultats obtenus dans 115 opérations d'anastomose saphéno-fémorale :

1^{er} Groupe :

Résultat excellent.

25 cas = 21,5 %.

2^e Groupe :

Très bon résultat.

43 cas = 37,5 %.

3^e Groupe :

Bon résultat.

34 cas = 29,8 %.

4^e Groupe :

Résultat médiocre.

2 cas = 1,8 %.

5^e Groupe :

Echecs.

11 cas = 9,5 %.

Ces classifications ont été naturellement établies par les deux chirurgiens de Pétrograd, non seulement d'après le degré de développement des varices après l'opération, mais aussi d'après une série de manifestations, dont la valeur dans chaque cas a été évaluée.

On a particulièrement tenu compte de l'état des varices, des troubles subjectifs des ulcères, des œdèmes et des symptômes d'insuffisance. En résumé Hesse et Schaack ont pu constater :

Sur 115 cas de symptôme d'insuffisance positive avant l'opération, ceux-ci sont devenus négatifs dans 11 cas; dans un des cas du dernier groupe les œdèmes ont regressé au bout de 130 jours. Une amélioration subjective nette fut relevé 112 fois tandis que 3 fois elle fit défaut.

1^{er} Groupe. — Celui-ci comprenait 25 cas, où les varices ont regressé complètement, de telle sorte qu'il ne restait plus aucune trace de veines dilatées. Par la palpation, la saphène dilatée ne se manifestait que comme un cordon mou. Les symptômes d'insuffisance constatés avant l'opération étaient devenus négatifs, les ulcères étaient cicatrisés, les œdèmes disparus et les patients complètement libérés de leurs troubles. Dans ce groupe, les auteurs ont compris un cas ayant présenté un œdème extrêmement tenace qui disparut trois mois après l'intervention et auquel a succédé un état absolument normal.

2^e Groupe. — 43 cas où les varices après l'opération se sont considérablement réduites de volume et dans quelques cas avaient disparu complètement. Les symptômes d'insuffisance étaient devenus négatifs, les ulcères cicatrisés, les troubles disparus et les malades se déclarant complètement guéris.

3^e Groupe. — 34 cas où les veines étaient devenues

notablement plus petites, mais qui laissaient percevoir encore des veines dilatées. Dans tous ces cas les symptômes d'insuffisance étaient négatifs, les œdèmes avaient disparus et les malades prétendaient avoir perdu toutes leurs manifestations pénibles précédentes.

Dans tous les cas, à part deux cas, les ulcères étaient cicatrisés. Dans ces deux derniers cas les malades ne voulurent pas attendre la cicatrisation complète de leurs ulcères et quittèrent l'hôpital au 30^e et 35^e jours avec des ulcères propres, granuleux en voie de cicatrisation. Comme le résultat opératoire, à tous les autres points de vue était excellent, les 2 cas furent compris dans le 3^e groupe.

Les 3 premiers groupes forment ainsi des résultats opératoires remarquables. Le total de ces 3 groupes comporte 102 cas. Dans 88,7 % des cas le résultat opératoire de l'anastomose saphéno-fémorale était donc bon.

4^e Groupe. — 2 cas où au départ on ne constata qu'une diminution peu marquée des varices. Comme le départ s'effectuait du 90^e au 142^e jours après l'anastomose saphéno-fémorale — durée d'après les expériences suffisantes en général pour une atrophie — le résultat pouvait être considéré comme médiocre. Cependant ces cas ne pouvaient être comptés comme des échecs, les symptômes d'insuffisance étant devenus négatifs, les œdèmes ayant disparus; dans un de ces cas l'ulcère avait cicatrisé et les troubles subjectifs du patient avaient diminué.

5^e Groupe. — Dans ce groupe sont compris les échecs

jugés évidents d'après ces auteurs, au nombre de onze. Ils les subdivisent en deux sous-groupes.

1° 7 cas où l'échec fût dû à des causes extérieures. A ceux-ci appartiennent les cas de thrombophlébites suppurées dont l'un se termina par la mort; dans d'autres cas la ligature de la veine fémorale a du être pratiquée. D'autre part, dans un cas le but poursuivi ne fût pas atteint, à cause de l'inexpérience du chirurgien; il s'était produit un rétrécissement net à l'endroit d'anastomose aussitôt après la termination de la suture vasculaire. Quoique le résultat opératoire ne fut pas mauvais, les symptômes d'insuffisance étant devenus négatifs, l'ulcère ayant cicatrisé et les varices étant devenues plus petites, on doit attribuer ce résultat défavorable à une oblitération de la lumière vasculaire, comme on le voit dans un certain pourcentage des cas opérés par la méthode de Trendelenburg.

Finalement dans 4 cas on a constaté une thrombose aseptique de l'anastomose et de la saphène à la cuisse. Cependant le résultat fonctionnel dans les 4 cas était très bon, car les varices grâce à la formation de la thrombose firent une oblitération et les symptômes d'insuffisance devinrent négatifs. Dans un des cas on pût relever un résultat durable favorable, dans un autre cas la récurrence ne se produisit que 10 mois après. Là également ce bon résultat fonctionnel, d'après Hesse et Schaack serait explicable suivant le même processus qui donne lieu à l'amélioration qu'on constate après une ligature de la saphène à la Trendelenburg. Dans le sens de l'anastomose saphéno-fémorale Hesse et Schaack considèrent ces cas comme des échecs. Il est à

remarquer que dans cette série ci-dessus, malgré la médiocrité des résultats anatomiques, l'état fonctionnel de l'aveu même de ces auteurs a été presque toujours très satisfaisant.

Les 6 autres échecs ont été attribués à la défectuosité de l'asepsie ou de la technique. On doit toujours tenir compte de la possibilité d'une infection. En ce qui concerne la thrombose à l'endroit d'anastomose, celle-ci n'est pas très fréquente, cependant d'après eux il faut l'envisager même avec la meilleure technique vasculaire. Par contre le Professeur Delbet a établi : qu'avec une asepsie rigoureuse la thrombose ne doit pas se produire. Dans un certain pourcentage de cas Hesse et Schaack ont pu abaisser cette complication en protégeant les sutures vasculaires de l'imprégnation par le plasma et par un paraffinage étendu des tissus, néanmoins ces auteurs déclarent que malgré toutes ces précautions il subsisterait toujours une possibilité d'une coagulation sanguine. Nous avons noté dans nos observations que cette possibilité pouvait être exclue en suivant une technique précise, puisque sur les 121 cas revus, nous relevons qu'une seule thrombophlébite et une phlébite qui s'amenda rapidement et donna un résultat éloigné excellent avec retour fonctionnel de la veine.

2° 4 cas où la cause des échecs ne pût être appréciée avec certitude. Deux cas où il n'y eut aucune amélioration dans l'état des varices et où les troubles subjectifs se maintinrent non modifiés et 1 cas où malgré la régression des varices, on releva un signe de Trendelenburg peu accentué. Il faut encore compter un cas, où malgré une amélioration objective douteuse (diminution légère

des varices, symptômes négatifs d'insuffisance) le malade déclare n'avoir pas été débarrassé complètement de ces troubles subjectifs. Il y avait de l'œdème avec une sensation de pesanteur incomplètement disparue. Le résultat à distance dans ce cas revu 2 ans après confirma cette impression.

Si l'on réunit ensemble le groupe IV et V on trouvera un pourcentage de 11,3 % d'échecs ou de succès médiocres. Comme on peut s'en rendre compte la plupart de ces insuccès partiels auraient pu être évités, si on avait pris des précautions prophylactiques vis-à-vis de la thrombose.

Enfin Tschereprinna, dans son travail qui vient de paraître, a noté que ses 12 cas d'anastomose saphéno-fémorale formant sa statistique, ont tous présenté des résultats opératoires immédiats excellents. Quatre de ses malades ont recommencé à marcher deux semaines après l'opération, tous les autres au bout de trois semaines. A leur sortie tous manifestaient une amélioration considérable. Objectivement celle-ci était démontrée par le symptôme de Trendelenburg devenu négatif, la disparition des œdèmes et la cicatrisation des ulcères.

CHAPITRE XI

Résultats éloignés de l'Anastomose saphéno-fémorale.

Pour se rendre compte de la valeur réelle d'une méthode ce n'est pas aux résultats immédiats qu'il faut la juger et la différencier des autres procédés opératoires, mais dans ses conséquences éloignées. C'est ainsi que les malades revus plusieurs mois ou plusieurs années après l'intervention, peuvent démontrer l'efficacité et la supériorité de l'anastomose sur des procédés en apparence simples, plus faciles, mais souvent décevants à l'épreuve du temps.

Nous envisagerons les résultats obtenus dans la clinique du Professeur Delbet, en suivant une classification basée d'après les symptômes observés :

- 1° Etat subjectif du malade et son aptitude au travail ;
- 2° Les œdèmes ;
- 3° Les symptômes d'insuffisance valvulaire ;
- 4° Les conditions anatomiques des troncs veineux dilatés avant l'opération ;
- 5° L'état des ulcères variqueux.

Suivant les points considérés, les résultats ont été remarquables ou présentaient des lacunes.

D'après notre matériel clinique, il a été revu 45 malades, en partie par M. le Professeur Delbet lui-même, en partie par nous.

Ces cas peuvent se classer de la manière suivante, d'après le laps de temps écoulé depuis l'opération :

2 mois.....	2 cas	2 ans 6 mois..	3 cas
3 mois.....	1 cas	2 ans 10 mois...	2 cas
4 mois.....	2 cas	3 ans 3 mois...	2 cas
5 mois.....	2 cas	3 ans 5 mois...	1 cas
6 mois.....	3 cas	3 ans 6 mois...	1 cas
7 mois.....	2 cas	3 ans 7 mois...	1 cas
8 mois.....	2 cas	4 ans.....	1 cas
9 mois.....	1 cas	4 ans 4 mois...	2 cas
11 mois.....	1 cas	5 ans 7 mois...	3 cas
1 an 4 mois.....	1 cas	6 ans 8 mois...	3 cas
1 an 6 mois.....	1 cas	9 ans 6 mois...	1 cas
1 an 9 mois.....	1 cas	10 ans.....	2 cas
2 ans.....	2 cas	10 ans 4 mois...	1 cas
2 ans 2 mois.....	1 cas	17 ans.....	1 cas
2 ans 3 mois.....	1 cas		

Une statistique importante de cas d'anastomoses saphéno-fémorales revus à distance nous est fournie par le travail de Hesse et Schaack. Etant donné l'intérêt que présentent ces résultats, nous nous permettons de rapporter les tableaux et les conclusions de ces Auteurs, parallèlement à nos propres résultats recueillis dans le service du Professeur Delbet.

Hesse et Schaack ont revu 39 cas sur 115 cas qu'ils ont

opéré par l'anastomose. Ils les différencièrent en trois groupes : 21 cas de 2 mois à 1 an après l'intervention ; 10 cas de 1 an à 2 ans après l'intervention ; 10 cas de 1 an à 2 ans après l'intervention et 8 cas de 2 ans à 8 ans.

*A. — Etat subjectif des malades opérés
et leur aptitude au travail.*

Sur 47 cas revue à distance :

Bon résultat : 9 cas.....	19,1 %	} 78,6 %
Résultats excellents : 28 cas.....	59,5 %	
Bon résultat, mais avec troubles légers : 3 cas.....	6,3 %	} 14,7 %
Bon résultat, mais ayant présenté des phlébites à distance : 5 cas.....	10,5 %	
Avec des troubles très marqués ayant persisté : 2 cas.....	4,2 %	

Dans le service du Professeur Delbet il a été revu des opérés à des intervalles variant de 2 mois à 17 ans. Tant au point de vue subjectif que de la faculté de travail, 38 de ces malades n'ont donné lieu à aucune critique ; le résultat a été un succès complet.

Un malade (obs. 10) de 62 ans qui, au moment de l'opération, présentait des ulcères, de l'eczéma, de grosses varices et de l'œdème, revu 3 ans et 3 mois après l'opération était dans un bon état général, manifestant une grande reconnaissance de l'opération. Les seuls troubles qu'il accusait étaient des légères crampes du mollet, qui disparaissaient dès que le malade s'asseyait pendant quelques minutes. A part ces légères malaises le patient a gardé presque intégralement sa faculté de travail.

Un autre malade (obs. 31) que nous citons en détails dans le chapitre des ulcères variqueux, revu 6 mois après l'opération, s'est plaint de fatigue après une marche ou une station debout prolongée. Néanmoins l'ulcère n'a pas récidivé; d'autre part il avait présenté des symptômes de phlébite quelques jours après l'opération. Sa faculté de travail était incomplètement récupérée. Dans ces deux cas le résultat pouvait être considéré comme médiocre au point de vue fonctionnel.

Il reste ainsi 7 cas qui n'ont pas donné un résultat éloigné heureux. Néanmoins on ne peut considérer ces échecs comme imputables à la méthode, si on analyse avec attention les facteurs qui ont donné lieu à ces résultats défavorables.

L'observation n° 20 sera étudiée en détail au chapitre des ulcères; nous n'y insisterons pas, nous dirons seulement que des troubles trophiques chez le malade de cette observation ont persisté même après une résection de la saphène et même après l'amputation de jambe suivie de celle de la cuisse par suite de récurrence de l'ulcère sur le moignon de la première amputation.

Le malade de l'observation n° 55 est également rapportée au chapitre des ulcères. L'obésité de cette malade et la manifestation de troubles métaboliques et endocriniens ont été la cause du résultat défavorable; la méthode fut indépendante de cet insuccès.

Les trois autres cas d'anastomose saphéno-fémorale (obs. 4 et 5, 18 et 16) également étudiés au chapitre des ulcères variqueux ont présenté ceci de particulier qu'ils ont subi de 2 à 4 ans après l'anastomose une résection de la saphène pour phlébite. Ces résultats peuvent s'expli-

quer par un état variqueux trop avancé et des troubles trophiques marqués. Ainsi la malade de l'observation 4 et 5, âgée de 46 ans, présentait des varices bilatérales monstrueuses apparues à l'âge de 13 ans. Pendant les huit ans précédant l'opération elle avait eu à plusieurs reprises des ruptures de varices qui avaient donné lieu à des ulcères. Jamais, au cours de sa longue expérience, le Professeur Delbet n'avait rencontré des varices aussi volumineuses. Après l'anastomose saphéno-fémorale les veines avaient diminué d'un bon tiers et la station debout prolongée ne les faisait plus augmenter de volume. En 1910, cette malade a dû subir la résection des deux côtés par suite de phlébite.

Le malade n° 18, âgé de 39 ans, qui avant l'opération avait présenté des ruptures variqueuses avec hémorragies abondantes et de nombreux ulcères à répétition (plus de 20 cicatrices avec troubles trophiques intenses), resta amélioré pendant deux ans, sans aucune récurrence de ses ulcères et sans s'être arrêté dans son pénible travail de débardeur. Au bout de ce temps il a présenté des symptômes de phlébite qui nécessitèrent une résection de la saphène.

L'observation n° 16 est une récurrence réelle, car chez ce malade examiné ultérieurement quatre ans après l'anastomose on remarqua, en plus des troubles subjectifs, un signe de Trendelenburg positif et une augmentation notable du volume des varices.

Cet échec fut imputable à une faute de technique; au lieu de faire la résection de la saphène tout près de son embouchure dans la fémorale avant qu'elle ne donne naissance à des collatérales, on avait pratiqué la section

de la saphène trop bas en ne prenant pas garde que la crosse de cette veine présentait une collatérale avec des valvules insuffisantes. Grâce à celles-ci il se développa un paquet variqueux à la face antérieure de la cuisse et qui donna lieu à une phlébite.

Aussi le professeur Delbet recommande avec insistance de sectionner la saphène au ras de son embouchure pour éviter les complications. A part ce cas dû à cette erreur de technique, jamais le Professeur Delbet n'a vu dans aucun de ses cas une tendance à la formation de nouvelles veines variqueuses ; dans la plupart des cas elles régressent, dans les cas les moins favorables, ces varices restent stationnaires sans provoquer de troubles. La seule complication éloignée que nous avons pu relever est la phlébite tardive comme nous l'avons rapporté ci-dessus.

Hesse et Schaack, sur leurs 39 cas revus à distance, ont noté leurs résultats tant au point de vue subjectif qu'au point de vue aptitude au travail. Ils considéraient comme résultat excellent les malades qui ne présentaient plus aucun trouble et qui pouvaient reprendre entièrement leur travail habituel. Ces malades furent au nombre de 20.

Une autre série de 9 cas fut considérée par ces auteurs comme favorable au point de vue subjectif et excellent au point de vue rétablissement de la faculté de travail. Ces deux séries comprennent donc 29 cas, soit 74, 4 % des cas revus à distance et qu'on peut envisager comme des succès absolus à tous les points de vue.

Une récupération partielle du travail avec des troubles ayant disparu en partie est notée dans un cas. Enfin 9 cas, d'après Hesse et Schaack n'ont présenté aucune

modification dans les troubles et ont constitué une impossibilité plus ou moins marquée à la reprise de la profession des malades. Ces 10 derniers cas forment 25,6 % des cas à résultats éloignés et ils sont considérés par ces auteurs comme des échecs.

B. — *Les Œdèmes.*

En analysant les porteurs de varices ayant présenté de l'œdème, nous avons trouvé plus de la moitié de nos observations qui révélaient ce symptôme plus ou moins développé au moment de l'opération.

Tous nos cas ont vu régresser leur œdème immédiatement après l'intervention. Parmi ceux revus à distance, seuls deux femmes dont l'une était obèse et l'autre porteuse d'une phlébite ancienne, le soir, au moment de se coucher, voyaient leurs malléoles gonflées.

Tous les autres ne nous ont fait part d'aucun symptôme qui indiquait une récurrence de ce côté; objectivement à l'examen des cas éloignés, nous n'avons trouvé aucun œdème.

Parmi les cas réexaminés par Hesse et Schaack dans leurs statistiques, 2 cas (44-45) déjà avant l'intervention, ne présentaient pas d'œdème, de telle sorte qu'ils ne pouvaient considérer comme valables que 37 cas.

A l'examen ils trouvèrent :

a) Œdème présent avant l'opération et ayant disparu après dans 33 cas;

b) Œdème présent avant l'opération, devenu moindre quoique perceptible à un certain degré dans 1 cas;

c) Œdème présent avant l'opération non modifié après, dans 3 cas.

En résumé :

33 cas avec œdème complètement disparu = 89,1 % ;

4 cas, c'est-à-dire 10 % des œdèmes qui ont persisté comme auparavant.

On voit qu'en ce qui concerne les manifestations de stase de l'affection variqueuse, l'anastomose saphéno-fémorale a donné lieu à un remarquable résultat, ce qui est compréhensible, car cette anastomose assure un écoulement suffisant du sang veineux des veines sous-cutanées dans la veine fémorale.

C. — *Les symptômes d'insuffisance valvulaire.*

Comme nous l'avons déjà dit, malgré des examens répétés et suivis chez nos malades, nous n'avons relevé dans aucun cas des signes d'*insuffisance valvulaire* à la suite de l'anastomose saphéno-fémorale (à part l'unique cas de récurrence dû à une erreur de technique et cité plus haut). Nous ne pouvons que répéter, en nous appuyant sur nos observations qu'avec la technique exactement appliquée telle que la recommande le professeur Delbet, à savoir la section de la saphène pratiquée au ras de son embouchure dans la fémorale, l'insuffisance valvulaire ne se manifeste pas dans l'histoire ultérieure des malades, dont certains ont été examinés 10 et même 17 ans après.

Aussi, c'est avec une certaine réserve que nous rapportons ici les constatations de Hesse-Schaack; on doit

supposer soit que l'indication opératoire n'ait pas été strictement suivie, soit qu'il y ait eu une erreur de technique qui a échappé à la prespicacité de leurs auteurs, comme d'ailleurs fort loyalement ils le reconnaissent eux-mêmes : « Il est certain que ces échecs sont regrettables, mais, d'un autre côté, nous sommes en état, grâce à une technique modifiée, d'obvier efficacement à la manifestation d'une nouvelle insuffisance, comme l'a déjà noté Delbet dans ses travaux, par une ligature de la saphène, la plus élevée possible et l'exstirpation des principales voies « collatérales visibles ». (P. 44) I. C. Hesse et Schaack.

Néanmoins, à titre documentaire, impartialement, nous nous faisons un devoir de rapporter en détails les constatations que ces auteurs ont faites dans les cas qu'ils notent comme récidives de leurs interventions.

Trente-huit cas sont à considérer :

A) Les symptômes d'insuffisance positifs avant l'opération se sont maintenus négatifs dans 26 cas;

B) Les symptômes d'insuffisance positifs avant l'opération sont redevenus positifs dans 12 cas.

En résumé (68,4 % des cas à distance se sont maintenus négatifs et 31,6 % sont revenus avec des symptômes d'insuffisance positifs. Sur ces 12 récidives, l'insuffisance valvulaire a réapparu après le laps de temps suivant :

Après 6 mois.....	1 fois
9 mois	1 fois
10 mois	1 fois
1 an 2 mois.....	2 fois

1 an 4 mois	1 fois
1 an 8 mois	1 fois
2 ans	2 fois
2 ans 5 mois	1 fois
2 ans 9 mois	1 fois
8 ans	1 fois

Mais, Hesse et Schaaack sont d'avis eux-mêmes que ces périodes de temps ne sont naturellement pas précises, car les malades ne se sont pas toujours trouvés sous un contrôle constant et, par suite, l'insuffisance valvulaire a pu se produire bien plus tôt sans que les malades s'en soient aperçus.

Ils insistent cependant sur le fait qu'on peut accorder un intérêt plus marqué à 5 de ces cas, car ils ont été réexaminés à plusieurs reprises et qu'on ait toujours constaté sur eux l'absence des symptômes valvulaires, jusqu'au jour où ils se sont brusquement manifestés.

Ces cinq cas sont les suivants :

DURÉE DE TEMPS de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE d'observation après l'opération
1 an	Ulçère cir- culaire gan- greneux.	Circu- laire	17 jours	5 mois
1 an	Ulçères mul- tiples.	Petits	18 jours 10 mois	2 ans 2 mois
Depuis long- temps	Périodique- ment réci- divant.	Petit	29 jours	
3 ans	Presque cir- culaires (2 ulcères).	10×7 5×5 cm	90 jours	3 mois
7 ans	Ulçères pé- riodique- ment réci- divants.	Petits	30 jours	6 mois

On voit ainsi par le total de ces 12 observations, que d'après Hesse et Schaack l'insuffisance de la saphène dans leurs cas a pu réapparaître au bout d'un temps relativement long.

Wiewiorowski (1) de la clinique Küttner, a déjà émis

(1) WIEWIOROWSKI. Diskussion zum Vortrage Gottschlich's Varicen Operation. Zeits. f. Chir. 1912. n° 13 p. 428.

cette crainte, mais ses appréciations ne sont pas soutenues par des observations et des constatations précises.

La possibilité du processus variqueux des veines du membre inférieur atteignant non seulement le système superficiel de la saphène interne et externe mais la veine fémorale également, redevient de nouveau à l'ordre du jour et on a des auteurs qui prévoyant cette éventualité se proposent de remédier à la varicosité supposée de la veine fémorale:

Ainsi Chevrier (1) a recommandé la ligature de la veine fémorale au-dessus de l'embouchure de la saphène. Parona (3) a pratiqué la ligature de la veine poplitée, car d'après lui les varices profondes seraient les plus marquées, les superficielles n'apparaissant que secondairement.

Monzardo (3) et Dall'Acqua (4) se sont ralliés aux déductions de Parona et pratiquèrent la ligature de la poplitée. Sur 22 opérations Dell'Acqua a eu 20 échecs,

(1) CHEVRIER. De l'examen du reflux veineux dans les varices superficielles. Arch. gén. de Chir. 2^e année. N^o 1. 25. II 1908.

(2) PARMA. Della ligatura della Vena poplitea nelle varici delle gambe. Il Policlinico. Sez. Chir. 1904.

(3) MONZARDO. A proposito della ligatura della vena poplitea nelle varici della gambe. Riv. venet. d. scienze medic. 1905.

(4) DALL'ACQUA. Sulla ligatura della vena poplitea nella varici. Gaz. delle Osped. e clin. 1906.

(5) CADAIT. Considération sur la texture des veines et sur l'endocarde. — Gazette médicale, 1877, n^o 70.

ce qui n'est pas étonnant. M. Delbet avait déjà démontré l'erreur de toutes ces conceptions.

Hesse et Schaack d'après leurs propres études sur les varices des veines profondes, repoussent également cette conception.

Ils ont examiné, consécutivement à M. Delbet, la veine fémorale au point de vue d'une varicocité éventuelle et une insuffisance valvulaire possible. Dans tous leurs cas d'anastomoses saphéno-fémorales, qui ont été pratiqués pour des varices très marquées de la saphène interne, ils ont mis à nu la veine fémorale sur une étendue de 12-15 cm. et en vérifièrent sa paroi, de même que la possibilité d'un reflux rétrograde. Après dénudation de la veine fémorale sur une étendue suffisante ce dernier symptôme peut être mis en évidence rapidement et simplement:

Dans l'angle supérieur de la plaie, la veine est saisie prudemment entre deux doigts et le sang comprimé dans le sens rétrograde vers la périphérie; en même temps avec des valvules fonctionnant la paroi veineuse se gonfle au-dessus des valvules. S'il y avait présence d'une insuffisance valvulaire, des valvules fémorales, le sang aurait dû sans efforts se laisser déposer en bas.

Ce phénomène n'a jamais été observé par les auteurs; ainsi dans tous leurs cas en même temps qu'ils constataient une insuffisance valvulaire de la saphène interne, ils observaient des valvules de la fémorale fonctionnant bien. Observation qu'ils ont pu déterminer par contrôle direct de la fonction valvulaire.

Cette constatation trouve son intérêt pratique dans la disparition immédiate des symptômes d'insuffisance —

après l'établissement de l'anastomose saphéno-fémorale — expérience qui réussit 114 fois sur 115 cas opérés par Hesse et Schaack et sur les 113 anastomoses faites par le Professeur Delbet.

En même temps Hesse et Schaack ont soumis la paroi veineuse de la fémorale à un contrôle précis. *La varicosité de la veine fémorale ne se produit pas de la manière que l'on constate pour les veines superficielles.* Il se produit une formation ampullaire dite physiologique qui n'a rien à voir avec la varicosité. En ce qui concerne les altérations sclérosantes de la paroi de la veine fémorale, celles-ci se produisent avec la varicosité de la saphène sur une base phlébosclérosante; celles-ci sont cependant très rares. Sur 115 cas, une sclérose de la paroi fémorale ne fut constatée que 3 fois, dont 1 fois une plaque de sclérose sur toute la paroi postérieure de la veine fémorale. D'après ces auteurs il n'y a aucune varicosité des veines profondes et par suite aucune insuffisance valvulaire de celles-ci.

A la suite de tous ces faits d'ailleurs déjà mis en lumière par M. Delbet, Hesse et Schaack se croient justifiés d'admettre que l'insuffisance valvulaire après une longue phase négative due à l'anastomose saphéno-fémorale doit être attribuée à d'autres causes.

Déjà par le seul examen clinique, dans quelques cas les auteurs ont pu déterminer que la récurrence de l'insuffisance valvulaire avait son origine dans les voies collatérales existantes sur le moignon de la saphène ou de la veine fémorale au-dessus des valvules. En vérifiant les symptômes de Trendelenburg on put voir que le reflux se produisait par ces collatérales veineuses dans la

saphène interne. Ces collatérales peuvent avoir préexister sous forme de saphènes accessoires, ou bien au moment de l'opération *elles ont pu échapper à l'inspection*. Une néoformation de voies de liaison a également pu se produire.

D'après leurs pièces anatomiques ces auteurs ont pu déterminer 3 types de récidives d'insuffisance valvulaire.

Le *premier type* d'insuffisance valvulaire se produit par la voie d'une saphène accessoire, passée inaperçue au moment de l'opération, en même temps que l'embouchure de la première saphène a pu être complètement indépendante de l'embouchure de la seconde saphène.

Dans le *type II* les deux saphènes auraient cependant pu avoir un tronc commun terminal avec une embouchure commune. Dans ce cas il y a possibilité que l'insuffisance valvulaire ne disparut pas après l'anastomose ; en un mot le résultat opératoire serait nul. Hesse et Schaack ont observé un pareil cas une seule fois. Ces cas sont rares. Le plus souvent il y a la disparition des symptômes d'insuffisance auparavant positifs et ce n'est qu'après un certain temps qu'il y a la réapparition de l'insuffisance. Ceci s'explique qu'au début l'écoulement qui se fait surtout par le tronc principal plus large que le tronc accessoire, grâce à la protection valvulaire de la fémorale, suit une voie d'écoulement plus volumineuse que celle du tronc accessoire. Mais avec le temps le tronc accessoire s'élargit et au moment où la lumière des deux troncs est équivalente, il se produit une insuffisance du segment inférieur du tronc principal.

Dans ce cas la voie collatérale prend la forme du

type III, la liaison entre le moignon de la saphène et la veine transplantée se complète par une nouvelle voie de liaison. Ces cas sont apparemment les plus fréquents. Toute cette discussion ne fait que confirmer le conseil du Professeur Delbet : en liant la saphène tout près de son embouchure on évite de pareilles récurrences.

D. — *De l'état anatomique des varices
après l'opération*

Chez nos 46 malades revus à distance nous avons trouvé :

1° Des varices complètement disparues	14 cas = 30,43 %
2° Des varices notablement regressées	15 cas = 32,61 %
3° Des varices ayant peu diminué...	11 cas = 23,91 %
4° Des varices restées non modifiées..	5 cas = 10,87 %
5° Des varices ayant augmenté de volume..	1 cas = 2,17 %

Au point de vue général, on pouvait dire d'avance que le résultat anatomique post-opératoire immédiat et à distance dépendrait en grande partie du temps pendant lequel les varices étaient présentes avant l'intervention. Naturellement, plus le sujet était jeune et plus on avait de chance de s'adresser à des veines encore peu altérées; elles étaient moins volumineuses en général, ayant conservé leur contractibilité et par suite l'intervention était pratiquée dans des meilleures conditions. Ainsi s'il s'agissait d'un individu jeune porteur de varices récentes il y avait toutes raisons d'admettre que le résultat anatomique de l'opération fût parfait.

Par contre si l'on s'adressait à un sujet déjà âgé, porteur de varices avec des parois altérés qui, histologiquement, révélaient la disparition de la couche musculaire et du tissu élastique et par suite cliniquement perte de la contractibilité, le résultat anatomique espéré était plus médiocre.

A un autre point de vue il faut noter que le volume même des varices n'était pas en rapport seulement avec les troubles subjectifs du sujet, mais également avec des modifications histologiques que les veines peuvent présenter. Ainsi il peut y avoir des individus avec des varices volumineuses et que l'intervention ferait regresser, tandis qu'il y a d'autres cas, où les varices quoique peu apparentes, non seulement peuvent donner lieu à des troubles souvent insupportables pour le malade, mais qui à l'examen histologique démontrent une altération profonde des parois veineuses.

M. Delbet a démontré que chez certains porteurs de grosses varices ne présentant pas de troubles, il existe de riches anastomoses avec des valvules en bon état entre le réseau superficiel et le réseau veineux profond. A l'épreuve de la marche avec un lien élastique modérément serré à la racine de la cuisse nous voyons que ces veines se vident et s'aplatissent. La déplétion de la saphène variqueuse est conservée grâce à la communication suffisante entre les deux systèmes veineux. Nous pouvons citer la malade de l'observation n° 11, opérée en 1907, par le Professeur Delbet; 16 ans après, malgré une certaine régression des varices énormes, cette malade montrait des veines encore considérablement dilatées mais qui ne révélaient plus aucun trouble subjectif. L'opération a

fait bénéficier cette malade dans ce sens qu'avant elle avait eu à plusieurs reprises des ruptures variqueuses avec hémorragies abondantes, qui ne se sont plus reproduites depuis cette intervention.

Dans des cas inverses, avec de petites varices, mêmes occultes, il y a par contre des troubles dus à l'insuffisance des communications entre le réseau superficiel et profond. A l'épreuve de la marche, ces varices diminuent lentement et complètement. Si dans ces derniers cas on pratique seulement la résection, le sang continue à stagner dans les varices sans diminuer les troubles. Particulièrement c'est en face de pareilles éventualités que l'anastomose saphéno-fémorale trouve ses indications en permettant un écoulement plus facile de la colonne sanguine tout en évitant une pression excessive s'exerçant d'en haut.

En considérant ces observations à un point de vue général, nous pouvons dire que dans l'immense majorité des cas les varices ont regressé après l'intervention et sont restées dans cet état même revues plusieurs années après.

Cependant nous avons quelques cas où les dilatations variqueuses ont diminué tout en présentant encore des varices notables. Dans le service de notre maître, le Professeur Delbet, nous avons noté l'observation de deux malades (45 et 47) opérés pour des varices énormes et porteurs d'ulcères. Revus quatre ans après l'anastomose, l'état fonctionnel de ces deux malades, impotents avant l'intervention, était parfait; ils ont pu reprendre leur métier sans fatigue. Au point de vue anatomique leurs jambes montrent toujours une saphène dilatée, vari-

queueuse. Ces deux cas démontrent encore une fois que l'état anatomique des varices n'est pas toujours en rapport avec l'état fonctionnel et que seul celui-ci doit être toujours considéré au point de vue du résultat.

Mais le plus souvent il y a une régression marquée des varices. Par exemple le malade de l'observation 56 et 57, porteur de varices énormes, à la suite d'une anastomose saphéno-fémorale les a vu considérablement diminuer de volume. Revu un an après on nota non seulement la diminution de ces varices, mais également la disparition de tous les troubles douloureux en association avec cet état. Un autre malade (obs. 40) revu par nous-même en 1924, 10 ans après l'anastomose, montrait à l'examen une jambe avec diminution considérable des varices et un état fonctionnel excellent, dépourvu de tous les troubles antérieurs à l'opération. Il serait fastidieux de relever tous les cas particuliers étant donné la similitude des résultats obtenus. D'ailleurs, à la fin de cette étude, le lecteur retrouvera toutes nos observations *in extenso*. Disons seulement que nous avons relevé dans un seul cas, déjà cité et qui présentait une récédive à cause d'une erreur de technique, une augmentation du volume des dilatations de la saphène plus considérable qu'avant l'intervention.

Hesse et Schaack dépouillant leurs résultats ont trouvé :

- 1° Des varices complètement disparues dans 13 cas ;
- 2° Des varices notablement regressées dans 9 cas ;
- 3° Des varices devenues plus petites dans 7 cas ;
- 4° Des varices ayant peu diminuées dans 3 cas ;
- 5° Des varices restées non modifiées dans 3 cas ;

6° Des varices ayant augmenté de volume dans 4 cas.

Si l'on résume ces constatations on voit que 29 cas comprenant les trois premiers paragraphes ont donné un résultat anatomique satisfaisant, tandis que les 10 comprenant les autres paragraphes ont donné un résultat défavorable. Le résultat a donc été favorable dans 74,4 % des cas; défavorable dans 25,6 % des cas.

Cependant nous insistons de nouveau sur le fait que ces interprétations académiques n'ont rien à voir avec l'état fonctionnel et que même les varices non diminuées dans bien des cas n'empêchaient pas le sujet de se sentir considérablement amélioré tant au point de vue subjectif que de sa faculté de travail.

CHAPITRE XII

Des résultats de l'Anastomose saphéno-fémorale chez les variqueux porteurs d'ulcères.

Les ulcères variqueux même invétérés ne sont pas forcément une contre-indication à l'anastomose saphéno-fémorale. Les récidives ne sont à craindre que quand dans l'étiologie on retrouve des manifestations de lésions artérielles et nerveuses.

Si nous considérons les statistiques du service de notre maître le professeur Delbet, elles nous montrent que, sur 106 malades opérés, 38 étaient porteurs d'ulcères variqueux; ceci représente 34,5 % des cas, inférieur au pourcentage de Hesse et Schaack, 49,1 % et que nous étudierons plus loin.

Pour tous les cas d'ulcères qui ont été opérés par M. Delbet, nous avons constaté des résultats immédiats favorables. Ainsi, déjà en 1913, notre Maître pouvait écrire : « L'influence de l'opération sur l'évolution des ulcères a été remarquable. Sur nos 24 malades (quelques-uns avaient été opérés des deux jambes), 18

avaient des ulcères au moment de l'opération. Chez tous, après l'anastomose, la cicatrisation des ulcères s'est faite avec une remarquable rapidité. »

En effet, les résultats obtenus, se sont montrés très satisfaisants dans la plupart des cas, démontrant que l'ulcère n'est pas une contre-indication de l'anastomose; d'après M. Delbet, seuls les ulcères associés à des phénomènes d'infections aigus et accompagnés de lymphangite, œdème et phlébites récents ou anciens peuvent exclure cette intervention.

Vingt-deux porteurs d'ulcères variqueux sur 38 opérés du service du professeur Delbet ont été suivis dans leurs résultats éloignés.

Douze des opérés ont été revus avant 1913 par M. Delbet; six restèrent guéris ne présentant pas d'ulcères après un laps de temps variant de 2 ans $\frac{1}{2}$ à 5 ans (obs. 4, 7, 10, 11, 12, 13). Parmi ceux-ci, l'un d'eux (obs. 6) avait trois ulcères, l'un remontant à 8 ans, un autre à 2 ans $\frac{1}{2}$, le dernier à un an avant l'opération. La guérison s'est produite un mois après l'intervention et se maintint ainsi 3 ans et demi après, malgré la profession pénible du malade, marchand des quatre saisons, le forçant à rester debout toute la journée.

Le malade de l'observation 7 avait un ulcère vieux de dix ans, qui cicatrisa trois jours après l'intervention; revu 5 ans et demi après, cette cicatrisation était toujours présente. Le patient venait à l'hôpital pour se soumettre à une anastomose pour l'autre jambe où un ulcère s'était développé.

Le troisième malade (obs. 10), âgé de 62 ans, avait

un ulcère à la région antéro-interne de la jambe avec eczéma remontant jusqu'à la partie supérieure de la jambe. Opéré, l'ulcère au moment du départ du patient, un mois après, était en voie de cicatrisation complète. Revu 3 ans et 2 mois après, la cicatrisation de l'ulcère se maintenait.

La malade suivante, âgée de 41 ans (obs. 11) avait une ulcération depuis dix ans qui avait récidivé plusieurs fois, à la région antéro-interne de la jambe gauche. Après l'opération, la malade quitta l'hôpital avec des ulcères complètement guéris. Cette patiente a été revue par nous le 5 novembre 1923, soit plus de seize ans après, sans présenter aucune récidive et avec un état fonctionnel parfait.

L'observation 12 concernait un homme de 42 ans avec un ulcère de la jambe gauche, apparu 7 ans auparavant et ayant déjà été opéré par le procédé Morreschi; six ans après cette intervention, réapparition de l'ulcère. Au moment de l'anastomose, la récidive existait depuis un an sous forme d'une ulcération d'une pièce de cinquante centimes au centre d'une zone pigmentée étendue. Revue six ans après, on note l'absence de toute récidive.

Enfin, dans l'observation 23, on a l'histoire d'un terrassier de 36 ans avec un ulcère siégeant à la partie inféro-externe de la jambe. Revu deux ans et quatre mois après l'opération, l'ulcère ne s'est jamais reproduit malgré que le malade continue à faire son fatigant métier.

Quant aux six autres malades, trois d'entre eux, à la suite de l'opération pour ulcères, ne révélèrent au-

cune récidive; mais, par suite de phlébite, ils durent subir la résection de la saphène, deux, trois et quatre ans après (obs. 4 et 5, 16, 18). Il faut noter à propos de ces phlébites, que ces cas avaient subi l'anastomose alors que les indications n'avaient pas encore été complètement précisées. Depuis, sur plus de cent anastomoses, nous n'avons relevé qu'un seul cas nouveau de résection par suite de phlébite.

Enfin, pour les trois derniers cas d'ulcères variqueux rapportés dans l'étude de M. Delbet, le résultat éloigné a été parfait, n'exigeant aucune mention spéciale.

Parmi les malades opérés depuis 1913, nous relevons encore 24 porteurs d'ulcères, dont 12 ont été revus à distance. Sur ces douze malades, il y a eu 10 succès, que nous nous permettons de rapporter ci-dessous en détail :

Dans l'observation n° 40, il s'agissait d'un homme de 42 ans, maçon, qui, depuis plus de vingt ans, avait des varices aux membres inférieurs. Depuis un an, il présentait quelques petites ulcérations le long de la face interne du tibia. Puis, dans ces derniers mois, formation d'un ulcère étendu remontant jusqu'à la partie moyenne de la jambe.

Au moment de l'intervention, l'ulcère était en voie de cicatrisation recouvert d'une croûte sur un fond rouge, grâce à un repos prolongé.

Nous avons revu ce malade au mois de décembre 1923, 10 ans après l'opération. En dehors d'un état fonctionnel excellent, nous avons noté que le siège de l'ulcère guéri était remplacé par une cicatrice absolu-

ment souple, sans aucun trouble trophique de voisinage. A aucun moment le malade n'a présenté de récurrence; c'est une guérison continue sans incidents depuis dix ans.

L'observation n° 42 relate le cas d'un domestique de 32 ans qui, depuis deux ans environ, avant son anastomose, avait un ulcère récidivant à plusieurs reprises, cicatrisant par le repos, réapparaissait dès que le patient reprenait son travail. Etant donné que la réaction de Bordet-Wasserman était légèrement positive, on soumit le malade au traitement mercuriel, qui n'eut aucune influence sur l'ulcère.

Revu à plusieurs reprises, il a été réexaminé pour la dernière fois le 25 janvier 1924 par nous-mêmes qui avons pu constater une cicatrisation parfaite de son ulcère. Celui-ci, depuis son anastomose, n'a plus jamais présenté de récurrence: ceci représente ainsi une guérison qui se maintient depuis une dizaine d'années.

Le malade n° 44, que nous étudions en détails dans un autre chapitre, était un ouvrier de 25 ans, ayant, depuis six ans, un ulcère au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche. Trois mois après apparition d'autres petites ulcérations, grandes comme des pièces de 50 centimes, à bords nets, surélevés, à fond lisse et desséché. Autour des ulcères, la peau était lisse et pigmentée. Opéré en 1914, ce malade, revu en 1921 et 1922, n'offrait plus aucun signe de récurrence de ses ulcères, soit une guérison de 8 ans.

Le malade de l'observation n° 46, âgé de 44 ans, orfèvre, a vu se produire sur la face interne de sa jambe gauche de petits ulcères récidivants. Après son

opération, en 1914, revu en 1918, l'ulcère n'avait plus reparu.

Dans l'observation n° 47, un terrassier de 47 ans, avait eu, à plusieurs reprises des ulcères sur la jambe droite guérissant par le repos et les pansements. Deux mois avant l'opération, l'ulcère reparut de nouveau et la jambe gonfla, rendant la marche pénible et difficile. A l'examen de la jambe droite, on vit, à sa partie moyenne et interne, un ulcère de la dimension d'une pièce de 2 francs, à bords décollés, irréguliers, violacés, à fond gris rougeâtre, desséché. Revu en 1918, le malade déclara que l'ulcère ne s'était plus jamais reproduit; à sa place, une cicatrice parfaitement souple, et solide, en relation avec un état fonctionnel excellent.

L'observation n° 78 concernait un homme de 34 ans, garçon boucher, ayant un ulcère apparu 5 mois avant l'opération. Il siégeait à la région rétro-malléolaire interne de la jambe gauche; ses bords étaient irréguliers, décollés, le fond exulcéré à suppuration jaunâtre, le pourtour œdématié, brun rougeâtre. Il mesurait 3 cm. $1\frac{1}{2}$ sur 7 centimètres.

Ce malade quitta l'hôpital trois semaines après l'anastomose, avec un ulcère cicatrisé; il a pu reprendre ses occupations. Examiné par nous le 20 avril 1923, quatre ans après l'opération, il ne présentait à ce moment que la trace d'une cicatrice siégeant à la région rétro-malléolaire interne de la jambe gauche, de la dimension d'une pièce de 2 francs, entourée par une zone indurée et pigmentée. Pas d'œdème au niveau de la jambe. Le malade fut très satisfait du résultat de

l'opération. Les troubles avaient complètement disparu.

En mars 1924, ce malade a été encore revu par le professeur Delbet lui-même, qui a pu constater la guérison définitive de l'ulcère et un excellent résultat au point de vue fonctionnel et anatomique.

L'observation n° 85, celle d'un aide-monteur de 23 ans, opéré le 8 novembre 1920, présentait un ulcère depuis environ quatre ans auparavant, qui récidiva à plusieurs reprises. Revu trois ans après son intervention, le patient déclara n'avoir noté aucune manifestation du côté de son ulcère qui, à l'examen se montra complètement cicatrisé.

L'observation du n° 93 est celle d'un homme âgé de 55 ans qui fut opéré le 11 juillet 1921. Il était porteur de varices compliquées d'ulcères récidivant à plusieurs reprises. Revu 2 ans après son anastomose, l'ulcère se maintint toujours cicatrisé.

Le malade de l'observation 103 était un relieur de 32 ans, présentant une ulcération à la face interne de la jambe gauche apparue 2 mois avant l'anastomose, le 14 avril 1922. L'intervention amena la cicatrisation rapide de l'ulcère. Revu par nous, en 1924, la cicatrice de l'ulcère était souple, avec un bon aspect et n'ayant jamais récidivé.

Enfin, la malade de l'observation 108 qui, en plus des varices compliquées à trois reprises différentes de phlébites, entra à l'hôpital pour un ulcère siègeant à la jambe droite à l'union du tiers moyen au tiers inférieur de la dimension d'une pièce de 5 francs. Opérée le 13 avril 1923, elle fut examinée par nous le 17 janvier 1924. Mal-

gré que l'intervalle de temps qui nous séparait de l'intervention était encore trop peu considérable pour nous permettre une certitude de guérison définitive, nous avons pu noter que l'ulcère était complètement cicatrisé avec un tissu cicatriciel souple et peu pigmenté.

D'après la lecture de ces observations, le résultat considéré au point de vue de l'ulcère fut, dans la grande majorité des cas, excellent. Quant au résultat éloigné, notre temps d'examen porte de quelques mois à 10 ans et même 16 ans après l'opération ; ce dernier cas opéré en 1907 fait partie de la statistique publiée par le Professeur Delbet en 1913.

La majorité de ces ulcères avaient un caractère commun, celui de la récurrence. L'anastomose exerça une influence des plus nettes, non seulement sur la cicatrisation de ces ulcérations, mais également sur leur consolidation définitive.

Avant de passer aux résultats considérés comme des échecs à la suite de l'anastomose pour ulcère, nous mentionnerons un cas qui, tout en donnant un résultat fonctionnel notablement amélioré, présentait un ulcère cicatrisé quoique friable.

Il s'agissait d'un homme de 48 ans (obs. 42 et 43) avec des ulcères aux deux jambes remontant à dix ans auparavant ; à plusieurs reprises les ulcères s'étaient cicatrisés momentanément pour reparaître de nouveau. Au moment de l'opération, ces ulcères à la jambe droite, au nombre de deux, avaient l'un la dimension d'une pièce de cinq francs et l'autre d'une de deux francs. A la jambe gauche, au tiers inférieur, il y avait une large tache bronzée à peau mince et sèche.

Opéré le 20 mars 1916 et le 5 juin 1916, une anastomose saphéno-fémorale ayant été pratiquée sur chaque membre, le résultat, malgré une double phlébite, fut des plus satisfaisants au point de vue fonctionnel. Le malade, auparavant complètement impotent, depuis a pu reprendre sans difficultés son métier d'infirmier. Quant aux ulcères, ils se sont cicatrisés malgré que les cicatrices restent friables.

En ce qui concerne les échecs, nous relevons parmi les 12 malades dont les observations ont été publiées par MM. Delbet et Mocquot, deux porteurs d'ulcères qui ont récidivé ; nous pouvons ajouter deux autres succès pour les 10 observations plus récentes relevées par nous et non encore publiées.

Il faut rappeler, au sujet de ces récidives, que, comme le fait remarquer le Professeur Delbet, les ulcères ne sont pas uniquement le fait des varices ou de l'insuffisance valvulaire. Dans leur pathogénie on peut constater des causes telles que lésions nerveuses, lésions artérielles qui échappent à l'intervention de l'anastomose saphéno-fémorale, comme d'ailleurs aux autres méthodes chirurgicales pour varices.

En analysant ces quatre cas de récidives, nous voyons que dans le premier cas il s'agissait d'un palefrenier qui est entré à l'hôpital plus de sept fois pour se faire soigner de ces ulcères apparus cinq ans auparavant. Au moment de l'opération il y avait sept ulcères presque confluents, prêts à former un ulcère circulaire ; la jambe était œdématiée, épaissie, rendant le malade complètement impotent. A sa sortie de l'hôpital, 43 jours après l'intervention, il présentait encore trois points ulcérés de la

dimension d'une pièce de deux francs. Revenu dix mois après l'opération, sa jambe ne présentait plus aucune ulcération; cet état se maintint pendant 4 ans. A ce moment il se reproduisit un ulcère d'une dimension d'une pièce de 5 francs qui le força à rentrer à l'hôpital; là, cet ulcère se cicatrise rapidement. Mais au bout de quelques mois nouvelle récurrence qui guérit par un traitement au bi-iodure de mercure, malgré un Wassermann négatif. Depuis il a été perdu de vue.

Un deuxième malade, camionneur âgé de 41 ans, depuis 3 ans avait un ulcère; il était soigné depuis 2 ans et demi, à Saint-Louis, sans aucun succès, l'ulcère ne se cicatrisant jamais complètement. L'anastomose ayant échoué, on pratiqua six mois après une résection qui ne donna pas plus de succès. Les troubles trophiques de la jambe devinrent si notables qu'ils rendirent le malade complètement impotent; suivant le désir du malade lui-même on amputa la jambe au lieu d'élection. De nouvelles ulcérations s'étant produites sur le moignon on dut se résigner à une amputation de cuisse.

Depuis la publication de ces deux échecs, en 1913, nous avons trouvé en étudiant tous les cas opérés jusqu'à ce jour, deux observations d'ulcères variqueux ayant présenté des récurrences.

Voici ces cas :

1^{er} cas. Observation 55. — Femme de 39 ans, blanchisseuse, fut opérée le 26 juin 1916 pour un ulcère étendu, de forme irrégulière, s'étendant à la face interne de la jambe, depuis le bord supérieur de la malléole jusqu'au tiers moyen. Cet ulcère remontait à plus de 9 ans et ne s'était jamais cicatrisé. Au moment de l'opération,

l'ulcère présentait un bord violacé, surélevé, adhérent avec un fond grisâtre et purulent. Ayant quitté l'hôpital cinq semaines après, l'ulcère était en voie de cicatrisation. Revue par nous le 20 avril 1923, la malade nous rapporta que l'ulcère s'était à peu près complètement cicatrisé dans les six mois consécutifs à l'intervention. Depuis il s'accrut de nouveau. Au moment de notre examen, cet ulcère avait une surface de 9 cm. de long sur 8 cm. de large. Autour de l'ulcère on trouvait une zone étendue de troubles trophiques. Les tissus étaient indurés jusqu'au creux poplité. Pied œdématié; troubles de croissance des ongles. Pas de grosses dilatations veineuses, mais de nombreuses varicosités; présence d'une seule ampoule veineuse au niveau de la tubérosité extérieure du tibia.

Au cours de ces examens, cette malade fut le seul échec sérieux que nous ayons rencontré. Il s'explique du fait qu'on avait ici affaire à une femme obèse, avec des mollets énormes, rendant impossible la prise de la tension avec le Pachon, dont le brassard n'arrivait pas à faire le tour des chevilles. Etant donné les troubles métaboliques et trophiques présentés par cette malade, on peut se demander si un autre procédé opératoire eût donné de meilleurs résultats.

2° Cas. — Femme de 29 ans, ayant une ulcération variqueuse à la jonction du tiers inférieur avec le tiers moyen, à la face interne de la jambe gauche, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Le Wassermann était négatif au moment de l'opération, en janvier 1921. Revue par nous, le 4 novembre 1923, nous avons constaté trois petites ulcérations au niveau de la région

rétromalléolaire externe gauche. Ces trois petites ulcérations avaient le caractère d'ulcérations spécifiques; la réaction de Bordet Wassermann pratiquée à ce moment se montra positive. Soumise au traitement antisyphilitique, la cicatrisation se produisit en quinze jours.

Ce dernier cas, ainsi que celui décrit par le professeur Delbet, réellement, ne peut être tenu comme un échec dépendant de l'opération, étant donné le caractère spécifique de l'ulcère.

En réalité, en analysant ces échecs, on se rend compte que deux des malades avaient des ulcérations syphilitiques en plus de leurs varices et que le traitement spécifique a fait disparaître. Deux autres malades, la femme obèse avec troubles métaboliques et le camionneur avec troubles trophiques, qui ont présenté un échec, ont dû ce résultat non pas à l'anastomose, mais à leur état général; la résection de la saphène pratiquée chez le second de ces malades n'amena pas de cicatrisation et l'amputation même n'empêcha pas l'apparition d'ulcères sur le moignon.

Nous rapportons ci-dessous les résultats des différents groupes de porteurs d'ulcères.

Groupe A. — Cas n'ayant pas récidivé (16 cas).

DURÉE DE L'ULCÈRE avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE de l'observation après l'opération
8 ans (Obs. n° 6)	Partie inféro-interne de la jambe gauche.	10×22 cm	1 mois	3 ans et 5 mois
10 ans (Obs. n° .)	Face interne du tibia au-dessus de la malléole.	6 × 5 cm	3 jours	5 ans 1/2
3 ans (Obs. n° 10)	Partie antéro-interne de la jambe.	non indiquée	1 mois et 15 jours	3 ans et 2 mois
10 ans et 1 an avant opération (Obs. n° 11)	Région antéro-externe, région antéro-interne inférieure de la jambe.	non indiquée	10 jours	16 ans et 5 mois
7 ans (Obs. n° 12)	Face interne tibia union 1/3 inf. et 1/3 moyen.	50 cm au moment de l'op.	3 jours	6 ans
2 ans (Obs. n° 23)	Face externe de la jambe droite 1/3 inférieure.	non indiquée	15 jours	2 ans et 4 mois
1 an (Obs. n° 40)	Face int. de la jambe 1/2 infér.	5 × 6 cm	20 jours	10 ans

Groupe A (suite).

DURÉE DE L'ULCÈRE avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE de l'observation après l'opération
2 ans (Obs. n° 42)	1/3 inf. face int. jambe gauche.	non in- diquée	15 jours	10 ans
6 mois (Obs. n° 44)	1/3 inf. face int. jambe gauche.	3 ulcères 50 c ^m ch.	7 jours	8 ans
10 ans (Obs. n° 46)	Face interne jambe gau- che.	non in- diquée	15 jours	3 ans et 7 mois
2 mois (Obs. n° 47)	1/3 moyen face interne jambe droite.	pièce 2 francs	15 jours	3 ans et 4 mois
6 mois (Obs. n° 78)	Rétro - mal- léolaire int. jambe gau- che.	3 1/2 × 7 c ^m	10 jours	4 ans et 3 mois
4 ans (Obs. n° 93)	Rétro - mal- léolaire jam- be droite.	5 × 6 c ^m	12 jours	2 ans
6 ans (Obs. n° 85)	Union 1/3 in- fér. avec 1/3 moyen.	5 × 6 c ^m	15 jours	3 ans et 3 mois
2 ans (Obs. n° 103)	Union 1/3 moyen et 1/3 infér.	5 × 6 c ^m	13 jours	8 mois
6 mois (Obs. n° 108)	1/3 inf. face interne de la jambe gauche.	4 × 2 c ^m	Presque cicatri- sé au moment de l'opération.	

Groupe B. — Cas n'ayant pas récidivé, mais ayant subi une résection par phlébite tardive (3 cas).

DURÉE DE L'ULCÈRE avant l'opération	CARACTÈRE et LOCALISATION de l'ulcère	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère	DURÉE de l'observation avant la phlébite et la résection
8 ans (obs. 4 et 5)	Ulcères aux deux jambes ; œdème consi- dérable	Côté droit : 10 jours Côté gauche : 10 jours	4 ans : pas de récive. Résection par phlébite
2 ans (obs. 18)	Toute la jambe droite est recouverte de cicatrices et d'ulcères	Non marqué	2 ans et 4 mois. Pas de réci- dive de l'ulcère. Résection par phlébite

**Groupe C. — Cas ayant récidivé, mais guéri
par un traitement antisyphilitique (2 cas).**

DURÉE DE L'ULCÈRE avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère Dimensions	DURÉE de CICATRISATION de l'ulcère	DURÉE de l'observation et guérison de la récidive par le traitement antisyphilitique
5 ans (Obs. n° 1)	Etat lamentable de la jambe gauche, toute couverte d'ulcères	2 mois	4 ans et 4 mois. Récidive et guérison par le mercure
8 mois (Obs. n°)	1/3 moyen face interne jambe gauche 5×6 cent.	15 jours	2 ans et 10 mois après pas de récidive de l'ulcère antérieure, mais ulcères région rétro- malléolaire externe jambe gau- che. — Gué- rison : traitement antisyphili- tique 15 j.

Groupe D. — Cas ayant récidivé (3 cas).

DURÉE de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE de l'observation après l'opération
3 ans (Obs. n° 20)	Ulcère soigné à Saint-Louis sans cicatrisation pendant 2 ans. - Œdème considérable.	1/3 moyen jambe droite	L'ulcère ne cicatrise pas. Œdème persistante.	L'ulcère ne cicatrise pas, fait souffrir horriblement le malade. - Résection 5 mois après par phlébite 1 mois après amputation. L'ulcère récidive sur moignon.
9 ans (Obs. n° 55)	Face interne de la jambe gauche. Œdème considérable.	non marquée	Presque cicatrisé six semaines après.	6 mois après récidive en règle. 7 ans après, l'ulcère persiste sans cicatrisation. Femme obèse. Œdème considér.
5 ans (Obs. n° 16)	1/2 inf. de face interne de la jambe.	Au moment de l'opération, était cicatrisé		4 ans. Récidive des varices et de l'ulcère par erreur de technique. Phlébite. Résection.

Groupe E. — Cas n'ayant pas récidivé, mais cicatrices friables pouvant présenter peut-être un jour ou l'autre, une récidence (1 cas).

DURÉE de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE de l'observation après l'opération
10 ans (Obs. n ^{os} 52 et 53)	Aux 2 jam- bes. Réci- divant plu- sieurs fois.	Gauche, cicatrisée. seulem. droite, 5 × 6 cm	Un mois. Phlébite aux deux jambes post-opéra- toire.	Ulcères cica- trisés, mais cicatrices friables. Malade re- vu à plus. reprises dans le service sans récid.

Si nous considérons maintenant la statistique de Hesse et Schaack, nous constatons que ces auteurs ont opéré 53 malades porteurs d'ulcères sur 108 cas, soit environ la moitié (49,1 %).

Considérant les résultats opératoires en immédiats et en éloignés, ils obtiennent les pourcentages suivants :

	Résultats immédiats	Résultats éloignés
Porteurs d'ulcères		
variqueux.....	11,3 % d'échecs	45,8 % d'échecs
Sujets sans ulcères		
variqueux.....	7,2 % d'échecs	26,7 % d'échecs

D'après cette statistique, si comme résultats immédiats la différence entre les deux séries de malades est peu importante, par contre les échecs à distance pour les porteurs d'ulcères forment presque le double de ceux ne les présentant pas.

D'après trois tableaux exposés par Hesse et Schaack on peut se rendre compte en détail des causes de ces échecs. Nous nous permettrons de les rapporter ci-dessous, car il y a intérêt de savoir la durée des ulcères variqueux avant l'opération et le temps d'observation après l'opération.

Ces trois tableaux comprennent quatre groupes formant un total de 22 ulcères variqueux : un premier groupe (A) qui représente 15 cas (72,7 %) d'ulcères variqueux n'ayant plus récidivé après l'anastomose. Un cas formant le groupe B (4,6 %), ulcère qui a reparu 2 ans et 8 mois après l'opération à la suite d'un traumatisme mais qui s'est guéri finalement après un traitement d'un mois. Revu 8 ans après il était toujours cicatrisé.

Le groupe C comprend un cas d'ulcère (4,6 %) ayant récidivé 8 mois après l'opération, mais avec une surface infiniment moindre que l'ulcère ayant précédé cette opération.

Enfin le groupe D contient les récidives réelles, se présentant sous le même aspect qu'avant l'intervention ; elles comprennent 5 cas (22,7 %).

Groupe A. — Cas n'ayant pas récidivé (15 cas).

DURÉE DE TEMPS de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE d'observation après l'opération
2 mois 1/2	Malléole ex- terne	3×3 c ^m	16 jours	11 mois de cicatrisation
2 ans	A la face in- terne.	3×3 c ^m	26 jours	2 ans 2 mois
3 mois	A la face an- térieure.	10×12 c ^m	41 jours	7 mois
8 mois	id.	Petit	10 jours	3 ans 7 mois
Quelques jours	Profond	3×3 c ^m	25 jours	1 an 3 mois
4 ans	A la face an- térieure.	$11/2 \times$ $11/2$ c ^m	»	2 ans 9 mois
4 ans	A la face in- terne réci- divant pé- riodique- ment.	Petit	19 jours	6 mois
1 mois	A la face in- terne.	Petit	»	4 mois
3 ans	id.	7×4 c ^m	75 jours	1 an 5 mois
Depuis long- temps	Sur la face externe.	5×6	30 jours	1 an 2 mois

DURÉE DE TEMPS de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE d'observation après l'opération
1 an	Ulcère cir- culaire gan- greneux.	Circu- laire	17 jours	5 mois
1 an	Ulcères mul- tiples.	Petits	18 jours 10 mois	2 ans 2 mois
Depuis long- temps	Périodique- ment réci- divant.	Petit	29 jours	
3 ans	Presque cir- culaires (2 ulcères).	10×7 5×5 c ^m	90 jours	3 mois
7 ans	Ulcères pé- riodique- ment réci- divants.	Petits	30 jours	6 mois

Groupe B. — Cas récidivants, ayant finalement guéri.

DURÉE DE TEMPS de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE d'observation après l'opération
6 mois	Face interne	5×5 c ^m	20 jours	A la suite d'un traumatisme violent, réci- dive 2 ans 8 mois après. Cicatrisa- tion de l'ul- cère 1 mois après; gué- rison per- sistante. Durée d'ob- servation 8 ans.

Groupes C et D. — Cas ayant récidivé (6).

DURÉE DE TEMPS de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE d'observation après l'opération
3 ans	Face interne	10×8 cm	27 jours	6 ans 8 mois sans récidive puis récidive.
8 ans	Ulcère calleux, profond, presque circulaire.	18×6 cm	75 jours	1 an 8 mois sans récidive, puis récidive. Ne cicatrice pas malgré un traitement de 3 mois; 2 ans après l'anastomose saphénectomie, 2 mois après, l'ulcère n'est toujours pas cicatrisé.
14 ans (depuis l'enfance)	Ulcères multiples.	Petits	65 jours	8 mois sans récidive, puis récidive. Les ulcères ne cicatrisent pas malgré le traitement.

DURÉE DE TEMPS de l'ulcère avant l'opération	CARACTÈRE et localisation de l'ulcère	DIMENSION	DURÉE de cicatrisation de l'ulcère après l'opération	DURÉE d'observation après l'opération
2 ans	Ulcères multiples ayant cicatrisés avant l'opération.	Petits	Cicatrisé avant l'opération	10 mois sans récidives, puis récidivés. Après saphénec tomie les ulcères ont cicatrisé
2 mois	Ulcères multiples.	»	14 jours	1 an 3 mois sans récidives, puis récidives. Après 3 semaines de traitement les ulcères cicatrisent.
4 mois	Ulcère crural infecté. Eczéma variqueux.	10×6 cm	21 jours	9 mois sans récidives, puis récidives. Après 2 mois de traitement les ulcères ne cicatrisent pas. Après saphénectomie, guérison au 21 ^e jour.

Ces divers tableaux démontrent à un point de vue général, que plus l'ulcère est récent d'autant plus on peut espérer un résultat durable. Cependant on ne peut tirer de conclusions fermes au point de vue du siège, de la localisation de l'ulcère, de ses dimensions ou de ses tendances à la cicatrisation.

Les ulcères circulaires semblent donner un résultat plus durable que les autres formes d'ulcères ; les 4 cas qui les présentaient ont donné des résultats excellents.

Si on analyse le groupe A, comprenant des cas n'ayant pas récidivé on constate que le temps d'observation a été en moyenne de 2 ans et 2 mois, ce qui ne constitue pas une garantie absolue de la cicatrisation ; car, en effet, nous voyons que le temps d'observation en moyenne pour les cas récidivants était de 3 ans 8 mois au bout desquels l'ulcère avait réapparu.

En dehors de Hesse et Schaack nous trouvons encore d'autres auteurs qui malgré une statistique moins étendue apportent une contribution intéressante à ces résultats.

Sur les sept cas d'anastomose saphéno-fémorales effectués par Weichert (1), deux des patients présentaient des ulcères variqueux. Cependant il faut noter que contrairement à Hesse et à Schaack qui opéraient non seulement en vue des varices mais également des ulcères, Weichert faisait l'anastomose après avoir

(1) WEICHERT. Sapheno-femorale Anastomose bei Varicen. Berl. Klin. Woch. 1913, n° 30.

préalablement laissé aux malades le temps de cicatriser leurs ulcères par un repos au lit prolongé.

Ainsi son premier malade de 24 ans porteur d'ulcère, ayant une dimension de 6 cm. sur 3 cm., présenta une cicatrisation après un repos au lit prolongé. Ce ne fut qu'après cette cicatrisation que Weichert intervint par une anastomose saphéno-fémorale. Revu 8 mois après, le malade ne présentait toujours aucune tendance à une récurrence de l'ulcère variqueux.

Le deuxième cas d'ulcère variqueux amenait un homme de 37 ans, porteur d'un ulcère siégeant à la jambe gauche, dont l'apparition remontait à trois ans auparavant et d'un autre ulcère à la jambe droite apparu seulement deux ans avant l'examen. Ces ulcères après des cicatrises temporaires, ont récidivé à plusieurs reprises, forçant le malade à venir se faire soigner à l'hôpital toutes les cinq, six semaines. A droite les dimensions de l'ulcère étaient 6 cm. sur 8 cm. et à gauche 14 cm. sur 7 cm. Par le repos au lit, on a laissé cicatriser ces deux ulcérations puis l'Auteur intervint en faisant l'anastomose d'un côté. Revu six mois après, ce malade ne présentait aucune récurrence ; il était si satisfait des résultats obtenus du côté opéré, malgré un travail physique des plus pénibles, que c'est avec une vive insistance qu'il priait qu'on fit la même intervention de l'autre côté.

En Italie, Mantelli (1) présente neuf cas d'anasto-

(1) MANTELLI. Dell'anastomosi sapheno-femorale (Indicazioni ed esiti). Clin. chir. 1920 pp. 666-685.

moses saphéno-fémorales dont trois avaient été pratiqués pour des ulcères variqueux. Il s'agissait dans un cas d'un sujet de 62 ans présentant depuis deux ans un ulcère au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche de la dimension d'une pièce d'un sou. Vingt-deux jours après l'opération l'ulcère était cicatrisé.

Le second malade âgé de 62 ans manifestait depuis plus d'un an deux ulcères à la face interne de la jambe droite; leur fond était rosé, granuleux, à bords se dégradant progressivement vers le fond. Revu six ans après l'opération, on constata l'absence de toute récurrence et un état fonctionnel parfait malgré l'âge avancé du sujet.

Enfin le troisième malade âgé de 51 ans présentait depuis un an, un ulcère au tiers inférieur de la jambe droite, à sa face interne, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes; du côté gauche on notait également une ulcération d'environ 2 centimètres à fonds torpides, grisâtres, et à bords légèrement irréguliers: calleux, se dégradant vers le fond. On pratiqua une anastomose saphéno-fémorale à droite et une saphénectomie à gauche. Les résultats immédiats de cette double opération furent excellents, les ulcères se cicatrisèrent des deux côtés. Cependant le malade revu un an après montrait une récurrence du côté gauche, là où l'on avait pratiqué la saphénectomie. Par le repos au lit cette récurrence de l'ulcère disparut. Revu sept ans après, la guérison se trouvait maintenue. Il est intéressant de noter que la récurrence ne s'est produite à aucun

moment du côté où l'anastomose saphéno-fémorale avait été faite.

Nous trouvons également dans un travail sur l'anastomose saphéno-fémorale du Professeur Kostlivy (1), paru en 1914, le compte-rendu de 12 interventions pour varices de la saphène interne. Deux de ses malades présentaient en outre des ulcères variqueux chroniques. Ces ulcères chroniques guérissent en quelques jours ; réexaminés ultérieurement, ils ne révélèrent aucune tendance à la récurrence.

Dans une lettre personnelle, reçue cette année en 1924, le Professeur Kostlivy nous fait part que sa statistique à l'heure actuelle est de 22 cas, que tous ont eu des résultats opératoires immédiats et éloignés excellents. Cet auteur insiste particulièrement sur la surprenante vitesse de cicatrisation des ulcères variqueux consécutivement à cette intervention.

(1) KOSTLIVY. Delbet's operation, sapheno femoral anastomosis. Its technique and results. Casop. lék. česk. v. Pra-1914. LIII 609-613.

CHAPITRE XIII

Résultats éloignés obtenus par d'autres chirurgiens ayant pratiqué l'anastomose saphéno-fémorale.

Etant donné que les autres chirurgiens, à part Hesse et Schaack, qui ont fait une étude considérable, se sont contentés dans la plupart de leurs cas à communiquer leurs résultats sans discussion détaillée, nous nous bornerons seulement à faire état de leurs observations dans ce chapitre sans les discuter. En suivant l'ordre chronologique nous relevons en même temps que le nombre des cas opérés, les réflexions que leur a suggéré l'anastomose saphéno-fémorale dans ses résultats éloignés.

Weichert (II) a pu revoir deux de ses malades opérés ; l'un d'eux 7 mois après l'opération lui déclara spontanément qu'il ne souffrait plus d'aucun trouble du membre gauche auquel on avait pratiqué l'anastomose saphéno-fémorale. La pénible sensation de crampes ressentie antérieurement à l'anastomose ne s'était plus jamais reproduite. Le résultat satisfit tellement le

malade qu'il réclama la même intervention pour le côté droit.

Le second opéré revu 8 mois après l'intervention ne présentait plus d'insuffisance valvulaire ni de récidives d'ulcère, d'ailleurs comme pour le premier de ces cas, malgré la profession pénible exercée par le malade.

En analysant les résultats éloignés obtenus chez 9 des opérés de Mantelli, considérons en premier lieu les succès.

Le premier de ces cas était celui d'un homme de 33 ans présentant depuis deux ans des dilatations variqueuses, souples et élastiques de la saphène interne droite. Le calibre de cette veine était d'un tiers plus volumineux que la normale. A toute station debout prolongée correspondaient des troubles et des douleurs considérables. Revu un an et demi après l'intervention, l'ectasie variqueuse avait notablement diminué sans disparaître complètement. Subjectivement le malade prétendait ne plus ressentir aucun trouble même après un travail prolongé et pénible. De ce cas nous pouvons dire qu'il y avait une guérison fonctionnelle complète et une amélioration certaine en ce qui concernait l'état anatomique.

Le malade suivant, maçon de 44 ans, était porteur depuis dix ans de varices du volume d'un porte-plume ordinaire, sur le trajet de la saphène interne gauche. Ces dilatations devenaient encore plus volumineuses après une station debout un peu prolongée. Le signe de Trendelenburg était positif. Revu 2 ans et 3 mois après l'opération, ce malade déclarait avoir repris son ancien métier sans aucun inconvénient et sans ressentir

aucun des troubles précédents. A l'examen, les varices avaient un peu diminué de volume, ce qui faisait conclure à une certaine amélioration anatomique et à une complète guérison au point de vue fonctionnel.

Le troisième succès de Mantelli concernait un mécanicien de 33 ans, présentant depuis un an des varices du membre inférieur gauche avec signe de Trendelenburg positif. Revu quatre ans et demi après l'opération, la saphène interne gauche ainsi que ses collatérales étaient toujours aussi dilatées qu'avant l'opération ; par contre le malade n'avait plus de ces troubles et il put reprendre ses anciennes occupations. On eût donc dans ce cas une bonne guérison fonctionnelle avec statu quo économique ; néanmoins le résultat fut excellent comme l'a écrit Mantelli.

Le quatrième succès fut celui d'un ouvrier d'usine de 21 ans avec des varices, donnant lieu à de la douleur, de la sensation de pesanteur et de l'œdème du membre inférieur gauche. En plus de ces varices le patient avait un varicocèle du même côté, qui strictement considéré, devait constituer une contre-indication de la méthode. Réformé pour ces troubles, il fut opéré et revu six ans et dix mois après dans de bonnes conditions, malgré la reprise de son métier et l'accomplissement du service militaire (ayant été reconnu apte au service armé).

Absence de tous troubles fonctionnels, à l'examen objectif, l'ectasie de la saphène interne avait complètement disparu et le tronc veineux donnait l'impression d'un état absolument normal. Ce cas avait donné un

résultat excellent tant au point de vue anatomique que fonctionnel.

Le cinquième malade, un paysan de 67 ans, avait des varices assez développées à la cuisse et à la jambe droites. Troubles et douleurs dans la station debout. Ulcère depuis environ un an et signe de Trendelenburg positif. Revu un an et quatre mois après l'opération, le malade déclarait avoir repris son travail aux champs sans aucun inconvénient. Les troubles avaient disparu, l'ulcère cicatrisé. La saphène interne et ses branches à l'examen objectif se présentent dans le même état qu'à l'opération. Il s'ensuit que le résultat anatomique avait été médiocre, tandis que le résultat fonctionnel était excellent.

Enfin le sixième malade, également un paysan, âgé de 64 ans, accusait depuis plusieurs années, des dilatations variqueuses des deux membres inférieurs, le membre inférieur gauche présentant en outre un ulcère. Douleurs et sensation de pesanteur dans la station debout. Signe de Trendelenburg positif aux deux membres. Mantelli fit une anastomose à droite et résection du tronc de la saphène à gauche. Revu trois ans après, le membre inférieur droit révélait un état d'amélioration nettement plus marqué tant au point de vue objectif que subjectif par rapport au membre gauche. Ainsi l'ectasie variqueuse à droite était devenue peu visible, le malade n'éprouvant aucun trouble même après une station debout prolongée ; à gauche, on trouvait de considérables paquets variqueux, des ulcères qui avaient apparu disparurent après traitement. Le membre inférieur gauche se tuméfiait après quelques ins-

tants de station debout ; il était le siège de douleurs, de tension et de pesanteur au mollet.

La guérison a été donc des plus satisfaisantes du côté du membre inférieur droit, là où l'anastomose avait été pratiquée. Le résultat fut nul et présenta des récurrences d'ulcères du côté du membre inférieur gauche ayant subi la résection.

A propos de ce cas qui se prête à faire la comparaison entre les deux méthodes nous pouvons ajouter que Hesse et Schaack ont eu l'occasion à trois reprises de pratiquer l'anastomose saphéno-fémorale sur des sujets ayant subi antérieurement d'autres procédés opératoires pour leurs varices. Une fois ce fut une résection totale de la saphène et deux fois une résection partielle. Dans leurs trois cas le résultat opératoire fut remarquable, malgré l'insuccès des opérations précédentes. Quoique ces résultats fussent récents, ils ont une grosse importance comme le reconnaît même un adversaire de la méthode, Oppel, au cours d'une discussion à la Société des Chirurgiens Russes de Pirogoff à St-Petersbourg le 11 mars 1912.

En analysant les échecs de Mantelli, le premier de ceux-ci concernait un mécanicien de 29 ans, ayant présenté dans ses antécédents deux ans auparavant un typhus compliqué d'une phlébite du membre inférieur gauche. En quelques mois des varices avaient apparu et s'étaient développées considérablement s'accompagnant d'un œdème prononcé du pied et de la jambe. Le malade ressentait une grande pesanteur et une grande fatigue dans les jambes dans la station debout prolongée. Le signe de Trendelenburg positif. Opéré,

il reprit au bout d'un mois de convalescence son métier. Il se porta bien pendant environ trois mois. Au bout de ce temps réapparition progressive des mêmes troubles qui en quelques mois devinrent intolérables. Déjà au bout d'une heure dans la station debout, apparition de l'œdème du pied et de la jambe avec sensation de tension accompagnée de légers points douloureux. Cet état obligea le malade à interrompre à nouveau son travail. Le repos au lit pendant une quinzaine de jours et l'emploi de bandes élastiques lui permirent de reprendre ses occupations. Cependant les troubles ne disparaissant pas, le patient revient à l'hôpital. Là, à l'examen pratiqué un an et 9 mois après l'opération par l'auteur lui-même, il y a présence d'ectasies variqueuses prononcées particulièrement aux tiers inférieur et moyen de la jambe, moins marquées au tiers supérieur de la jambe et à la cuisse. Mantelli admit dans ce cas le développement de varices profondes développées après l'opération. Par contre en analysant les antécédents du malade de Mantelli et en constatant que deux ans avant l'anastomose il présentait une phlébite grave, nous avons toutes les raisons de supposer que ce cas n'entraînait pas dans les indications opératoires préconisées par le professeur Delbet et que par suite il n'y avait pas lieu de s'étonner de cet échec.

Le second échec signalé par Mantelli concernait un menuisier de 45 ans avec grosses dilatations variqueuses et de nombreuses ampoules sur le territoire de la saphène interne, de la malléole jusqu'à la cuisse. Après l'opération ayant quitté l'hôpital, le patient reprenant son métier observa la réapparition progressive de la

sensation de fatigue et de la douleur, quand il prolongeait la station debout. Revenu à l'hôpital quatre mois après l'opération, à l'examen objectif, symptômes de légères améliorations dans l'état des varices sur le trajet de la saphène interne.

On nota l'absence de douleurs existant avant l'intervention. Par contre d'autres varices dépendant de la saphène externe ont sensiblement augmenté de volume, alors qu'elles étaient à peine perceptibles au premier examen. Une nouvelle intervention fut décidée : résection des gros paquets variqueux de la jambe. Par suite notablement amélioré, mais trois mois après, le malade perd le bénéfice de cette nouvelle intervention.

Là, également, cet échec ne pouvait être imputable à l'anastomose saphéno-fémorale, car dans ce cas également il y avait une contre-indication absolue de la méthode. En effet, en nous appuyant sur les directives du Professeur Delbet, nous voyons que la présence de varices du territoire de la saphène externe commande l'abstention de l'anastomose. Cette dernière ne peut assurer que l'intégrité du territoire de la saphène interne à l'exclusion de tout autre ; les deux systèmes veineux sont nettement séparés, chacun d'eux étant régi par des valvules ostiales propres.

Nous ne pouvons considérer cette observation comme un échec, car les conditions circulatoires de la saphène interne étaient améliorées, comme l'a constaté Mantelli lui-même ; l'état empira seulement quand sur le territoire de la saphène externe survinrent des dilatations variqueuses. A noter également que la résection elle-même n'apporta qu'un soulagement temporaire, et

qu'au bout de trois mois, le malade souffrait comme précédemment.

Si nous passons aux résultats éloignés de l'anastomose saphéno-fémorale obtenus par Kostlivy nous pouvons les réunir dans le tableau suivant.

Certains de ces cas ont été revus par l'auteur lui-même directement ou interrogés par correspondance. L'un d'eux par un de ses collaborateurs, le docteur Mach.

ANNÉE	JOUR de l'opération	DATE du contrôle	Comment le contrôle a été fait	RÉSULTATS
1911	2 Juin	Mai 1913	Directement	1
	17 Juin	Octob. 1913	Ecrit	2
	23 Juin	Juillet 1912	Directement	3
	6 Juillet	Sept. 1913	Directement	4
	20 Novemb.	Octob. 1913	Ecrit	5. Satisfaisant, pas d'inconvénients, mais les varices persistent.
1912	10 Janvier	Octob. 1913	Ecrit	1
	9 Mai	Octob. 1913	id.	2
	7 Juillet	Octob. 1913	id.	3
	1 ^{er} Août	Déc. 1912	Par D ^r Mach	4
1913	10 Janvier	Octob. 1913	Ecrit	Satisfaisant
	25 Avril	Octob. 1913	id.	Bon.
	19 Septemb.	Janvier 1914	id.	Bon.

D'après ce tableau, cinq cas ont été revus deux ans après, deux cas au bout d'un an, un cas au bout de six mois et enfin un autre cas six mois après. Un cas a été trop récemment opéré, deux cas n'ont pu être contrôlés.

L'article étant déjà sous presse, neuf de ces cas ont pu être vérifiés de nouveau. Sept cas présentaient un résultat très bon ; varices disparues, ulcères cicatrisés. Les deux autres cas avaient des varices très atténuées et n'occasionnant plus de troubles.

En général, écrit Kostlivy, les résultats ont été assez satisfaisants, d'autant plus que les varices dans la plupart des cas étaient prononcées et s'étendaient sur un grand espace.

Le professeur Kostlivy, en réponse à notre enquête, a eu l'obligeance de nous écrire récemment qu'il a eu l'occasion de faire l'anastomose saphéno-fémorale dans dix autres cas depuis la publication de son article. Les résultats opératoires immédiats et éloignés se sont montrés excellents.

Duboucher et Maury (1) dans une première communication ont rapporté le cas d'une femme de 46 ans, domestique opérée en 1913 pour des varices anciennes à grosses dilatations avec sclérose et eczéma suintant datant depuis plus de six mois. Celui-ci guérissait par des pansements appropriés, mais récidivait dès que la

(1) DUBOUCHER ET MAURY. Résultats éloignés d'une anastomose saphéno-fémorale. Récidive d'un eczéma quatre années seulement après l'intervention. *Bul. et Mémoires Société de Chirurgie*. 4 mai 1920, p. 621.

malade reprenait son métier. La malade fut opérée des deux côtés avec un résultat qui fit écrire aux auteurs « qu'il est peut-être possible de reculer les limites tracées par le Professeur Delbet lui-même à l'anastomose saphéno-fémorale ».

Cependant cette malade est revenue quatre ans et demi après l'opération, avec une récurrence d'eczéma. L'acte opératoire a donc rendu service à la malade puisqu'elle a pu travailler pendant quatre ans et demi. Mais on doit et on peut obtenir mieux, comme le pense le Professeur Delbet, à condition d'opérer les variqueux avant la phase de sclérose dermique et sous-dermique que présentait cette malade.

D'ailleurs, écrivent Duboucher et Maury, une opération telle que celle préconisée par Terrien et Alglave eût été difficile à faire, car en plus de l'énorme cicatrice qu'elle eût créée, elle pouvait faire craindre une mauvaise cicatrisation de la plaie par suite des troubles trophiques.

Tout récemment Tscherepnina sur 12 cas opérés communique les résultats éloignés de cinq cas.

Un cas fut examiné 3 ans après l'opération. Plus de troubles, plus d'œdème, le malade marchait sans difficulté. Le signe de Trendelenburg était devenu négatif. Le malade était capable de travailler.

Deux autres cas furent revus un an et sept mois après. Le résultat était satisfaisant, le signe de Trendelenburg se maintenait négatif, de même il y avait absence d'œdème et de troubles. Faculté de travail complète. Un de ces malades avait subi l'anastomose à la suite d'une récurrence par l'opération de Madelung.

Un malade fut revu un an après : le résultat fut satisfaisant, signe de Trendelenburg négatif, pas d'œdème, marchant beaucoup. Deux autres malades, enfin, furent revus quelques mois après l'opération, le résultat se maintenait favorable.

Cet auteur conclut que le résultat éloigné dans ses cas s'était montré des plus favorables, tous ses malades ayant été capable de reprendre leur travail.

CHAPITRE XIV

Comparaison de l'anastomose saphéno-fémorale avec les autres méthodes opératoires sur un même malade

Hesse et Schaack ont opéré bilatéralement une série de 13 cas en pratiquant sur l'une des jambes l'anastomose saphéno-fémorale et sur l'autre un autre procédé opératoire. On choisissait pour l'anastomose la jambe présentant les varices les plus marquées et les plus avancées dans leur évolution.

**1^{er} Groupe : Anastomose saphéno-fémorale et ligature
d'après Trendelenburg**

RÉSULTAT IMMÉDIAT		RÉSULTAT ÉLOIGNÉ	
ANAST. SAPH. FÉMO.	LIGATURE	ANAST. SAPH. FÉMO.	LIGATURE
Les veines ont disparu.	Les veines sont restées inchangées.	1 an 3 mois après les veines avaient disparu. Aucun ulcère. Trendelenburg négatif.	1 an 3 mois. Les veines non améliorées. Œdème. Apparition d'ulcère n'existant pas avant l'opération. Trendelenburg négatif.
Veines diminuées. Trendelenburg négatif.	Veines diminuées, mais à un degré moindre. Trendelenburg négatif.		
Veines diminuées. Trendelenburg négatif.	Veines diminuées mais à un moindre degré.	2 ans après les veines sont devenues plus apparentes. Symptômes d'insuffisance fonctionnelle.	2 ans. Les veines sont moins prononcées qu'à la jambe avec anastomose. Trendelenburg négatif.

En résumé on peut conclure que le résultat opératoire immédiat dans tous les cas d'anastomose saphéno-fémorale fut meilleur que sur la jambe opérée d'après le procédé de Trendelenburg. Le résultat fut dans un cas meilleur sur la jambe anastomosée, dans l'autre

cas sur la jambe ayant subi la ligature. « Ces tentatives nous les avons faites à la période de début, écrivent Hesse et Schaack, nous les avons interrompues ultérieurement, car la pratique de la ligature suivant le procédé de Trendelenburg s'est démontrée comme une opération sans raison. »

Dans un 2^e groupe nous envisagerons 10 cas opérés par Hesse et Schaack, par l'anastomose saphéno-fémorale d'un côté et saphénectomie d'après le procédé de Madelung ou une extirpation suivant Balcock sur l'autre membre.

RÉSULTAT IMMÉDIAT		RÉSULTAT A DISTANCE	
ANAST. SAPH. FÉMORALE	SAPHÉNEC- TOMIE	ANAST. SAPH. FÉMORALE	SAPHÉNEC- TOMIE
1. Veines considérablement plus petites. Trendelenburg négatif.	Aucune varice visible.	»	»
2. Varices disparues. Saphène palpable. Pas d'œdème. Trendelenburg négatif. Résultat aussi bon qu'à la jambe à résection.	Aucune varice visible.	»	»
3. Veines notablement diminuées. Pas d'œdème. Trendelenburg négatif.	Aucune varice visible. Pas d'œdème.	»	»
4. Varices notablement diminuées. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles.	»	»
5. Veines un peu diminuées. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles.	»	»
6. Veines notablement diminuées. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles.	11 mois. Veines notablement diminuées. Pas de troubles. Trendelenburg négatif.	11 mois. Varices de nouveau réapparues, plus marquées qu'à la jambe à anastomose.

RÉSULTAT IMMÉDIAT		RÉSULTAT A DISTANCE	
ANAST. SAPH. FÉMORALE	SAPHÉNEC- TOMIE	ANAST. SAPH. FÉMORALE	SAPHÉNEC- TOMIE
7. Veines plus petites. Ulcère cicatrisé Pas d'œdème. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles.	9 mois. Veines de nouveau fortement dilatées. Ulcères disparus. Hakkenbuch et Schwarz positifs. Œdème.	9 mois. Pas de varices visibles. Pas de troubles.
8. Varices disparues. Résultat aussi bon que sur l'autre jambe. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles.		
9. Veines notablement plus petites. Résultat remarquable. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles. Petite thrombose des veines restantes à la jambe.		
10. Veines notablement plus faibles. Thrombose à la jambe. Trendelenburg négatif.	Pas de varices visibles.	6 mois. Veines à peine visibles. Pas d'œdème. Pas d'ulcère. Résultat remarquable. Trendelenburg négatif.	6 mois. Pas de varices visibles Résultat remarquable.

L'examen à distance ne put être fait malheureusement que dans 3 cas. Dans un cas il n'y avait aucune différence entre les deux membres, dans un cas le résultat de l'anastomose était plus mauvais que celui

de la résection, dans un cas inversement le résultat de la résection était plus mauvais.

En somme les résultats immédiats dans la saphénectomie, d'après Madelung, et de l'extirpation de la saphène, d'après Balcock, sont bons dans tous les cas. Les varices disparurent et tout le complexe symptomatique variqueux regressa. Si l'on compare avec les résultats des membres opérés d'après Delbet, on trouve 2 cas qui, tant au point de vue anatomique que fonctionnel ne se différencient pas des résultats des méthodes radicales. Dans 7 cas les veines étaient encore toujours visibles sur la jambe anastomosée, les autres symptômes de varicosité (ulcère, œdème, symptômes d'insuffisance, faculté de travail, etc...) étaient exactement les mêmes que ceux des membres à résection. Dans un cas au membre à anastomoser on constata une amélioration nette, le résultat opératoire fut sans contredit meilleur que sur le membre à résection.

Les résultats opératoires immédiats se sont montrés, en comparant chacun des membres opérés par une méthode différente que dans 9 cas sur 10, ils ne sont pas défavorables à l'anastomose saphéno-fémorale.

Mantelli a également eu l'occasion de pratiquer chez un de ses malades l'anastomose saphéno-fémorale du côté droit et la résection du côté gauche. Après une évolution post-opératoire sans incident, le malade partit en excellent état 21 jours après l'opération. Comme résultat immédiat post-opératoire cet auteur ne signalait aucune différence entre les deux membres. Ce malade revu un an environ après l'opération avait le

membre inférieur droit incontestablement en meilleur état que le membre à résection, aussi bien au point de vue subjectif qu'objectif.

Un an et dix mois après l'opération, le médecin traitant, le D^r Rivarano, relève les faits suivants : à droite la stase veineuse est peu marquée, de ce côté le malade n'éprouve aucun trouble même après une station debout prolongée. A gauche par contre on trouve des paquets variqueux considérables ; de ce côté se sont développés deux ulcères qui disparurent après traitement. Au tiers inférieur de cette jambe se trouve une zone pigmentée infiltrée, dure, squameuse ; le pied gauche présente un œdème considérable après quelques instants dans la station debout. En outre subjectivement le sujet éprouve de la douleur avec sensation de tension et de pesanteur au mollet. Au début de 1916 soit trois ans après l'intervention, l'état du malade ne s'était pas modifié. Depuis cette date l'auteur n'a plus eu de nouvelles de son opéré. L'auteur conclut que le résultat de l'intervention fut des plus satisfaisants pour le membre droit, par contre du côté gauche, malgré un état variqueux moins avancé, la saphénectomie donna un résultat des plus décevant.

En parcourant les résultats de ces auteurs on s'aperçoit que si les résultats opératoires immédiats ont été aussi satisfaisants aussi bien d'un côté que de l'autre, à mesure que le temps d'observation se prolonge, la différence ne fait que s'accroître en faveur de l'anastomose saphéno-fémorale. Cette constatation est d'autant plus remarquable que d'après l'aveu de Hesse et

Schaack, on choisissait toujours pour l'anastomose le membre avec les varices les plus développées.

Dans notre service, le Professeur Delbet a également pratiqué une double méthode en cas de varices bi-latérales. Cependant contrairement aux auteurs précédents, il n'employait une méthode étrangère que dans les cas où il y avait contre indication à une anastomose. Aussi ceci excluait une comparaison impartiale au point de vue des résultats, toujours plus favorables par le procédé du Professeur Delbet. Dans ces conditions il nous a semblé inutile de rapporter ces observations qui ne peuvent servir de points de comparaison, les facteurs en question ayant décidé de chaque intervention étant trop dissemblables.

Un cas démonstratif nous est rapporté tout récemment par Tscherepnina. Chez un malade l'anastomose saphéno-fémorale fut pratiquée comme seconde opération ; 8 ans auparavant sur la même jambe on avait fait l'opération de Madelung, à la suite de laquelle se produisit une récurrence. L'anastomose donna un résultat excellent. Tscherepnina avoua lui-même que cette observation est d'autant plus remarquable qu'elle démontra que l'anastomose saphéno-fémorale est capable de donner de bons résultats alors que les autres méthodes habituelles échouent.

CHAPITRE XV

La valeur clinique de l'Anastomose saphéno-fémorale en rapport avec l'âge et le sexe.

Peut-on, en analysant la question de l'âge et du sexe, tirer des indications et des contre-indications de cette intervention et voir s'il n'y a pas moyen d'améliorer des particularités de la technique.

Analysons dans ce but quels ont été le sexe et l'âge des sujets opérés.

D'après notre statistique provenant de la clinique du professeur Delbet nous trouvons :

Sexe et Age.

Age	Hommes	Femmes	Total
15-20 ans	2	1	3
21-25 ans	9	5	14
26-30 ans	18	7	25
31-35 ans	11	5	16
	40	18	58
36-40 ans	12	4	16
41-45 ans	9	4	13
46-50 ans	6	3	9
51-55 ans	4	2	6
56-60 ans	2	1	3
61-65 ans	2	0	2
	35	14	49

Ce tableau montre que plus de la moitié des cas ont été opérés avant 35 ans et particulièrement entre 26 et 30 ans. Les femmes forment 30 % de la statistique. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez des sujets jeunes ; les vieillards ayant, en général, des altérations scléreuses de leurs parois vasculaires, n'offrent pas des indications aussi justifiées à l'anatomose.

Comparativement à nos résultats, si nous nous reportons aux statistiques de Hesse et Schaack, nous trouvons des proportions à peu près analogues au point de vue de l'âge, tandis que le sexe féminin est plus faiblement représenté.

Age	Hommes	Femmes	Total
10-15 ans	1	0	1
16-20 ans	4	0	4
21-25 ans	16	1	17
26-30 ans	20	5	25
31-35 ans	16	3	19
Total	57	9	66
36-40 ans	13	4	17
41-45 ans	8	3	11
46-50 ans	6	4	10
51-55 ans	3	0	3
56-60 ans	1	0	1
Total	31	11	42

La plus grande partie de leurs opérés comprend des cas entre la 3^e et la 4^e décade. Jusqu'à la 20^e année on observe relativement rarement les varices. Après la 50^e année, par suite d'une phlébosclérose avancée, Hesse et Schaack évitent de faire de l'anastomose et n'en rapportent que 4 cas. Naturellement, d'après cette classification d'âge on ne peut tirer de conclusions, car en premier lieu, pour l'opération, il faut choisir des sujets bien portants et jeunes.

Nobl (1) a pu rassembler une statistique provenant

(1) NOBL. Der varicose symptomenkomplex. Wien et Berlin 1910.

de divers hôpitaux de Vienne comportant 5.169 cas. D'après lui les varices entre la 20^e et 30^e année sont doublement plus fréquentes que pour les deux premières décades. Entre 50 et 60 ans la fréquence augmente du quart au double de la troisième décade.

Parent-Duchatelet (1), dans sa statistique, rapporte 3.375 cas, la plupart se partageant entre 20 et 30 ans et 40 et 50 ans.

Auzilhou (2) admet la plus grande fréquence entre 30 et 50 ans.

Fullin (3) admet la plus grande fréquence entre 40 et 50 ans.

Si l'on considère les relations des résultats opératoires immédiats et les suites éloignées de l'anastomose en rapport avec l'âge et le sexe, on a l'impression que l'anastomose chez les femmes donnerait un meilleur résultat. Quoique dans la statistique de Hesse et Schaack les femmes forment 19 % du matériel, elles ont donné lieu à 15,4 % des mauvais résultats. Le sexe masculin a donné 12 % et le sexe féminin 8 % des résultats opératoires immédiats défavorables. Cependant, ces chiffres sont trop petits pour pouvoir tirer une conclusion.

En ce qui concerne l'âge, les échecs sont également partagés sur toutes les décades.

(1) PARENT, DUCHATELET. Recherches sur la véritable cause des ulcères, Annales d'hygiène 1830.

(2) AUZILHOU. Introduction à l'étude d'ulcères simples. Paris 1809.

(3) FULLIN. Traité de pathologie externe T. I.

En résumé, disons que, comme pour toutes les interventions, plus un individu est âgé, moins il est susceptible, à cause des altérations de ses tissus, à donner un résultat aussi brillant qu'un sujet jeune. En ce qui concerne le sexe, nous n'avons trouvé aucun rapport entre celui-ci et les résultats opératoires.

A. — **Durée de l'Affection avant l'intervention.**

Comme nous avons déjà eu l'occasion de le dire, plus la lésion est ancienne, à savoir que l'altération des parois veineuses est plus avancée, moins on a de chances à ce que l'anastomose puisse donner des succès sur un système veineux ayant perdu sa faculté de contractibilité. Néanmoins le Professeur Delbet, Hesse et Schaack ont rapporté un certain nombre de cas où malgré que la lésion remontait à de nombreuses années en arrière elle n'a pas toujours été suivie d'échec.

Dans les cas que nous avons relevés à la clinique du Professeur Delbet, sur 106 cas nous trouvons des varices remontant de :

0 à 1 an.	2 cas
1 à 2 ans.	5 cas
2 à 3 ans.	6 cas
3 à 4 ans.	5 cas
4 à 6 ans.	18 cas
6 à 10 ans.	20 cas
10 à 15 ans.	15 cas
15 à 20 ans et au-dessus.	12 cas
Cas anciens non spécifiés.	27 cas
TOTAL.	106 cas

A part un cas qui a présenté une récurrence à la suite d'une erreur de technique (obs. 16) nous pouvons dire que nous n'avons eu aucun insuccès chez les malades ayant des lésions d'une durée allant jusqu'à 15 ans avant l'opération.

Pour les malades avec des lésions remontant de 15 à 20 ans et au-delà, nous relevons aucune récurrence en ce qui concerne la réapparition de l'insuffisance, mais par contre quatre cas de phlébites, déjà cités, apparus de 4 mois à 4 ans après l'intervention. Par contre il faut remarquer que ces quatre cas, tous porteurs d'ulcères, n'ont pas présenté de récurrences de leurs ulcères, ce qui prouve qu'en ce qui concerne l'insuffisance valvulaire, celle-ci n'a pas réapparu.

Parmi les résultats heureux on peut noter que nous avons des cas chez lesquels l'apparition des varices remontait à plus de 20 ans et qui cependant ont donné lieu même à une diminution des varices et à la disparition de l'insuffisance valvulaire.¹

Hesse et Schaack ont récapitulé dans un tableau des plus suggestifs leurs constatations à cet égard.

Sur 108 cas, ces Auteurs ont trouvé :

Durée de l'affection

0 - 1 an.....	7 cas
1 - 2 ans.....	5 cas
2 - 3 ans.....	8 cas
3 - 4 ans.....	9 cas
4 - 6 ans.....	10 cas
6 - 10 ans.....	15 cas

10 - 15 ans....	9 cas
15 - 20 ans et davantage....	8 cas
Cas anciens (sans précision)..<	37 cas

TOTAL..... 108 cas

Ils ont noté que les cas dont les varices ne remontaient pas au-delà de six ans leur ont donné un pourcentage d'échecs de 2,5 % ; par contre, ceux qui étaient plus anciens formaient 10,1 % des insuccès. Ils déduisent à juste titre que plus l'affection est ancienne et d'autant plus les chances d'échec sont à craindre.

Cependant ce n'est pas tant l'ancienneté des lésions que la perte de contractibilité qui devra guider le chirurgien dans la pratique de l'anastomose. Il est vrai d'autre part que cette perte de contractibilité se manifeste plus souvent avec des lésions anciennes que récentes et que par suite ces deux causes se confondent en général ensemble. Le signe de Trendelenburg est un symptôme précieux pour déterminer la valeur fonctionnelle de la veine lésée; en élevant le membre inférieur l'expulsion du sang veineux doit provoquer en cas de conservation de la contractibilité du vaisseau un affaissement des flexiosités veineuses. Si ce phénomène ne se produit pas, si au contraire les varices, après cette manœuvre, donnent l'apparence de sacs relâchés, vides et perceptibles on peut déduire que la paroi veineuse a perdu sa contractibilité.

D'autre part nous avons dans ces cas difficiles, tels que varices peu marquées où cependant on peut suspecter une altération des parois, l'intervention opératoire qui

éclairer l'état des veines. En effet, dans la majorité des cas, après dénudation de la saphène, celle-ci se contracte fortement.

C. — *Rupture de varices ayant précédé l'anastomose*

La rupture de la varice peut être envisagée comme l'expression d'une perte de la contractibilité de la paroi du vaisseau.

Si nous considérons les résultats publiés dans l'étude du Professeur Delbet et Mocquot, sur 30 anastomoses saphéno-fémorales, il y eut 8 cas ayant présenté une rupture variqueuse précédant l'intervention (obs. 4, 10, 11, 13, 15, 18, 19 et 20). Là également le résultat opératoire immédiat fut favorable ; sur cinq cas qui ont pu être suivi à distance par le Professeur Delbet, un seul cas, revu trois ans après présentait un succès complet ; les quatre autres cas, soit 50 % ont dû subir une résection par suite de l'apparition d'une phlébite, manifestation très fréquente comme conséquence de la rupture.

Sur les 83 anastomoses saphéno-fémorales que nous avons pu recueillir depuis la publication de ce dernier travail, dans le service du Professeur Delbet, nous avons relevé quatre cas seulement de rupture de varices ayant précédé l'intervention. Revu ultérieurement, aucun n'eut à subir la résection et ne présentait aucun signe de phlébite.

Sur leurs 115 opérations, Hesse et Schaack ont pratiqué cinq fois l'anastomose saphéno-fémorale sur des malades ayant présenté auparavant une rupture. Tous

ces cas furent suivis d'un résultat opératoire immédiat excellent; le résultat éloigné dans un cas fut excellent (7 mois après), moins favorable dans un autre (2 ans après). Le nombre de ces cas est trop faible pour permettre de tirer une conclusion ferme.

Au total, nous voyons donc, en comprenant les cas de Hesse-Schaack, 17 cas d'anastomose saphéno-fémorales chez des malades ayant présenté antérieurement une rupture de varices; tous eurent un résultat opératoire immédiat excellent; sur 11 cas suivis à distance, 6 cas n'ont pas présenté de symptôme de phlébite; un cas (Hesse-Schaack) est relaté comme médiocre, et 4 cas durent subir une résection par suite de phlébite. Parmi les cas heureux un fut revu par nous en 1924, dix-sept après l'opération, en parfait état (obs. 11).

En interprétant ces résultats éloignés défavorables, il faut tenir compte qu'on avait eu affaire à des malades ayant souvent une phlébectasie énorme et très ancienne, comme le démontre un cas que nous citons ci-dessous à titre d'exemple :

Observation 4. — Mme Des. Chauv., 46 ans, laveuse: varices monstrueuses des deux membres inférieurs, qui ont débuté à l'âge de 13 ans. Elles ont augmenté très lentement d'abord, puis assez brusquement à chacune de ses grossesses qui ont été au nombre de quatre.

Il y a huit ans se produisit une première rupture, un peu au-dessous de la malléole interne du côté gauche. La malade ne s'aperçut de l'hémorragie qu'en voyant le sang. Consécutivement se produisit un petit ulcère qui dura deux ou trois mois.

Trois ans après, nouvelle rupture à la même place.

Presque en même temps, il s'en produit une autre du côté droit. Les hémorragies ont été abondantes.

Cinq mois après, nouvelles hémorragies. Des ulcères s'installent. Depuis les hémorragies sont fréquentes. La malade trouve de temps en temps ses sabots remplis de sang. Ses jambes enflent considérablement; elle a des douleurs vives, un sentiment de fatigue extrême. Parfois ses jambes se dérobent et elle tombe.

A l'examen le Professeur Delbet constate les plus volumineuses varices qu'il ait jamais vues. Les veines ont le volume de l'index. Elles sont un peu plus grosses du côté droit où les dilatations remontent jusqu'à la partie moyenne. Des deux côtés les signes d'insuffisance des valvules sont manifestes.

Opérée le 12 juillet (côté droit) et 24 juillet (côté gauche) en 1906.

Procédé habituel d'anastomose saphéno-fémorale. La malade quitte l'hôpital le 24 août. Le volume des varices est réduit d'un tiers. Cette malade a été revue à la Charité, par M. Gosset, au mois de juin 1910. Elle avait eu récemment une double phlébite variqueuse, et M. Gosset lui fit à ce moment la résection bilatérale des veines dilatées.

Pour le Professeur Delbet, les ruptures variqueuses, non suivies de phlébites, ne doivent pas être des contre indications à l'anastomose saphéno-fémorale; au contraire on peut la pratiquer si l'accident est ancien du moment qu'il n'y a pas présence de phlébite. Par suite avec une rupture récente ou lointaine s'il y a de l'induration de la paroi veineuse, des phlébolites, il faut s'abstenir d'une pareille intervention. En tout cas, la

prudence est toujours exigée dans tous les cas de rupture de varices ; au premier symptôme de phlébite, la résection devra prendre place. Pour Hesse-Schaack, tous les cas de ruptures de varices sont des contre-indications ; pour eux il y aurait dans ces cas un certain degré de perte de la contractibilité de la paroi veineuse et il faudrait s'adresser alors à la saphénectomie.

Indications et contre-indications de l'Anastomose saphéno-fémorale.

Les indications de l'anastomose saphéno-fémorale se basent suivant l'état de la veine et de l'état général du malade.

En principe, l'opération donne un résultat d'autant meilleur qu'elle est plus précoce. Au stade du début des varices de la veine saphène interne, avec symptômes d'insuffisance valvulaire, les résultats fournis par l'anastomose seront nettement plus favorables quand la peau et le tissu cellulaire seront encore sains et que les veines auront encore conservé leurs parois contractiles et pourvue d'une tunique musculaire encore puissante.

Pour bien comprendre les indications opératoires, il faut distinguer avec Delbet et Alglave, les varices non compliquées et sans troubles fonctionnels, celles qui sont douloureuses et enfin celles ayant donné lieu à des complications.

En présence des varices sans troubles fonctionnels, il faudra tenir compte de la situation sociale du sujet et surtout de son métier. Ceux qui travaillent debout

sont exposés à voir leurs varices augmenter et donner lieu finalement à des troubles progressivement plus marqués. Ils sont justiciables de l'intervention. Ceux, par contre, qui passent la plus grande partie de leur temps assis pourront supporter sans trop d'inconvénient un temps prolongé, grâce à un traitement palliatif.

L'existence des varices à extension progressive, même sans troubles fonctionnels, commande l'anastomose; car, tôt ou tard, il se produirait des complications que l'opération aurait pu éviter.

Dans les formes de varices étendues « ramusculaires », l'anastomose peut être également pratiquée, car elle permet d'éviter une résection totale des varices, constituant une opération mutilante et difficile.

Quand les *troubles* fonctionnels tels que douleurs, fourmillements, pesanteur, crampes dominent les processus variqueux, l'anastomose est encore plus indiquée. Ces troubles ne sont pas dus aux veines profondes mais aux varices des veines superficielles; l'opération démontre le bien-fondé de cette affirmation, car elle fait disparaître les troubles fonctionnels préexistants.

Enfin, l'indication préparatoire devient encore plus justifiée quand il y a présence de *complications*. La stase veineuse très marquée avec menace de *rupture* des varices sont parmi ces indications opératoires; de même les cas avec rupture pourvu qu'il n'y ait pas trace de phlébite. *L'ulcère* variqueux non seulement n'exclut pas l'anastomose, mais celle-ci offre un excellent moyen de le cicatriser. Le professeur Delbet a pu constater d'ex-

cellents résultats même avec des ulcères très étendus. Le résultat devient plus douteux quand on s'adresse à des ulcères ayant récidivé à plusieurs reprises, des ulcères invétérés. On comprend aisément ces possibilités de récidives, car dans ces derniers cas, il y a association de lésions artérielles et nerveuses, les ulcères ne dépendant plus uniquement de l'état du système veineux.

L'état général et particulièrement l'âge des malades doivent être considérés; on s'adressera particulièrement aux sujets jeunes et vigoureux.

Les *contre-indications* se baseront sur l'état général des malades et de l'état du membre variqueux.

Les sujets débiles ou ceux atteints d'affections organiques, les cardiaques, les rénaux, les pulmonaires doivent être exclus de l'intervention. Ces contre-indications ne sont pas particulière à l'anastomose, elles valent pour toutes les opérations en général.

Après 50 ans, il vaut en général mieux éviter une anastomose, car, à cet âge, il y a souvent présence d'altérations phlébosclérosantes. On s'adressera dans de pareils cas à des méthodes plus simples. Naturellement, avant tout, il faut analyser chaque cas séparément, car nous avons dans nos observations des malades ayant dépassé la soixantaine (obs. n° 4, 10) et ayant heureusement bénéficié de l'intervention.

Mantelli a également opéré avec succès deux cas de varices de la saphène interne par l'anastomose, dont l'un était âgé de 62 ans et l'autre de 67 ans.

Le principe de l'opération étant de s'attaquer aux varices de la saphène interne dans les cas où les varices

ne se trouvent pas dépendant du territoire de cette veine, il va de soi qu'on s'abstiendra de pratiquer l'anastomose.

Les varices dites tronculaires ou localisées aux collatérales de la saphène sont justifiables d'une simple résection de ces collatérales variqueuses quand le tissu de la saphène elle-même est intact et possède des valvules suffisantes.

Les manifestations inflammatoires, l'imperméabilité de la saphène ou de la fémorale par phlébites anciennes ou récentes, les varices thrombosées, ou même des reliquats de phlébites, dépendant du territoire de la saphène, excluent l'anastomose. Parfois on ne s'aperçoit de la présence d'une phlébite passée ou d'une périphlébite qu'au moment de l'opération; dans ce cas, il faut se résoudre à la résection.

Pour Kostlivy, des thromboses partielles ne forment pas une contre-indication en présence d'un signe de Trendelenburg positif, des branches pouvant être perméables. Seule, pour lui, une thromphlébite étendue n'est pas justifiable d'une anastomose.

Notre maître le professeur Delbet, rejette cette conception, pour une varice même partiellement thrombosée, déclare-t-il, l'anastomose ne saurait avoir aucun effet utile et elle pourrait exposer à des accidents même quand les veines sont encore perméables.

La sclérose de la veine saphène interne, qui se produit exceptionnellement, est aussi une contr-indication.

Si la paroi de la saphène a perdu sa contractibilité, qu'à sa place il y ait sclérose, la méthode n'est plus

justifiable, il vaut mieux s'adresser aux cas où la paroi musculaire est encore suffisamment conservée. Les varices anciennes qui ont perdu leur faculté de contraction ne sont pas justiciables de l'anastomose.

La rupture, manifestation d'une sclérose pariétale avancée, trouve une meilleure indication dans la résection.

En présence d'une infection des voies lymphatiques, d'adénite (érysipèle à répétition, ulcères septiques) au voisinage de la veine, il faudra mieux ne pas opérer.

Quand l'anesthésie générale est contre-indiquée ou que celle-ci est mal supportée pendant l'opération et qu'il est désirable de terminer rapidement l'opération, l'anastomose sera évitée; ces faits cependant sont exceptionnels.

Toute atteinte généralisée du système veineux, se manifestant non seulement par la bilatéralité des varices, mais également par des hémorroïdes, varicocèle, engage à ne pas pratiquer l'anastomose saphéno-fémorale.

Quelles sont les objections qu'a soulevées l'opération de l'anastomose saphéno-fémorale ?

En premier lieu, on a soutenu le danger inhérent à la suture vasculaire. Les résultats obtenus dans la chirurgie vasculaire en général et particulièrement les cas si nombreux au cours de la guerre ont démontré que ce danger n'est pas plus élevé que celui rencontré dans toute intervention opératoire.

L'embolie gazeuse n'a jamais été observée sur plus de 300 cas qui ont été opérés. D'ailleurs, comme nous l'avons vu dans le chapitre consacré à la technique,

pour qu'il y ait danger, la pénétration d'air dans la veine doit être infiniment plus considérable que les quelques bulles d'air qui pénètrent dans les veines au moment de l'enlèvement des pinces après la suture. Jamais aucun incident n'a été noté à la suite de ces minimes injections gazeuses endoveineuses.

L'embolie par caillots sanguin est une éventualité qui n'a jamais été relevée.

Naturellement, comme toutes les interventions où l'asepsie n'est pas parfaite, il peut se produire une infection endovasculaire et extravasculaire; cependant nous n'avons relevé que deux fois de pareils accidents. Ceux-ci auraient tout aussi bien pu se produire au cours de n'importe quelle opération avec des fautes d'asepsie. Ils n'engagent nullement la valeur de la méthode.

Une objection qui semble au premier abord plus sérieuse est celle qui consiste à représenter l'anastomose saphéno-fémorale comme une intervention longue, difficile, considérable donnant lieu à des résultats analogues à ceux obtenus par des techniques plus simples.

Cette objection de la difficulté de l'opération aurait à la rigueur pu se soutenir dans le passé, alors que les difficultés de la technique chirurgicale n'étaient que le privilège de quelques virtuoses. Actuellement les chirurgiens sont éduqués à des interventions souvent tellement complexes que l'anastomose vasculaire, opération de précision et d'asepsie, n'offre plus les mêmes difficultés qu'à nos prédécesseurs.

Si on compare les résultats de l'anastomose saphéno-fémorale et notamment les résultats à distance qui sont les seuls à avoir de la valeur, avec ceux obtenus

par les autres méthodes, on voit qu'incontestablement le pourcentage des échecs est inférieur et que cette disproportion s'accroît de plus en plus à mesure que la technique se perfectionne et que le chirurgien s'accoutume à cette méthode. Nous n'avons qu'à considérer les résultats des dernières années par rapport à ceux du début de l'anastomose pour nous convaincre que l'avenir est en faveur de ce procédé.

La ligature, d'après Trendelenburg, a un pourcentage d'échecs autrement considérable; l'opération de Madelung, opération plus simple, qui, au début, semblait donner un même pourcentage d'insuccès que l'anastomose (20 à 40 %), actuellement offre un chiffre plus considérable.

En outre, il faut tenir compte que dans les échecs dus à l'anastomose entre un certain nombre de cas où furent commis soit des erreurs de techniques soit des contre-indications qui n'ont pas été suivies. En se tenant plus rigoureusement aux indications fournies par le professeur Delbet, en appliquant ses prescriptions, les résultats de l'anastomose saphéno-fémorale seront considérablement améliorés, comme nous avons pu le noter pour les 70 derniers cas du service.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° 1. — Charles V..., palefrenier, âgé de 47 ans. Dans sa famille, personne, à sa connaissance, n'a souffert de varices; les siennes ont débuté de bonne heure. Il les avait lors de son tirage au sort. Elles ont toujours été strictement limitées à la jambe gauche. Depuis longtemps, la jambe enfle le soir, tandis que la droite reste normale.

Des ulcères ont apparu, il y a cinq ans. Depuis, ils ont guéri et récidivé plusieurs fois. Le malade est entré sept fois à l'hôpital. Le repos et les pansements amenèrent la cicatrisation; mais l'ulcération se reproduisait dès que le malade reprenait ses occupations.

Le malade entre à Laënnec le 15 juin 1906. Il présente des varices typiques de la saphène interne. Elles forment au tiers supérieur de la cuisse et à la jambe un lacis flexueux assez développé sans être extrêmement volumineux. On note cependant deux ampoules grosses comme des noix à la partie supérieure de la jambe. Toutes ces veines se remplissent très manifestement de haut en bas et présentent même de l'impulsion à la toux. L'insuffisance valvulaire est donc évidente. Quelques phlébolithes.

On voit sur le dos du pied des angiomes congénitaux

multiples, stationnaires. Cette lésion est sans importance.

Mais la jambe de ce pauvre homme est dans un état lamentable. Elle est couverte d'ulcères entre lesquels la peau est épaisse, cyanotique et pigmentée. Les ulcères sont au nombre de sept : trois, étendus, à bords polycycliques, mesurant en longueur une dizaine de centimètres, et quatre petits, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes et d'un franc. Tous ces ulcères sont prêts à devenir confluents de manière à former un ulcère circulaire. Toute la jambe est œdémateuse; les téguments sont épaissis, le malade est complètement impotent.

Opération le 22 juin 1906. Anastomose saphéno-fémorale. Sur la face antéro-interne de la cuisse, incision de 8 centimètres dont l'extrémité supérieure reste à 60 centimètres de l'arcade crurale. La saphène est découverte et disséquée dans l'étendue de la plaie. M. Delbet la lie à la partie supérieure, place une pince caoutchoutée à la partie inférieure et sectionne le vaisseau très obliquement auprès de la ligature.

On incise alors la gaine du couturier et on découvre le paquet vasculo-nerveux, puis on dénude la veine fémorale sur une étendue de 5 centimètres. On place une pince caoutchoutée aux deux extrémités de la portion dénudée. Il faut lier quelques petites veines collatérales.

On fait sur la face interne de la veine fémorale une incision longitudinale parallèle à son grand axe, d'une longueur de 15 millimètres environ et on suture la section de la saphène aux lèvres de la plaie fémorale.

La suture terminée, on enlève les pinces, la circulation

se rétablit; le sang passe manifestement de la saphène dans la fémorale et l'hémostase est parfaite. Le couturier qui avait été récliné, recouvre en reprenant sa place le champ opératoire. Suture des téguments au fil d'argent sans drainage.

Les jours suivants, le malade accuse quelques douleurs au niveau de ses ulcères. La saphène sans être distendue paraît un peu dure au niveau du condyle interne pendant les deux premiers jours. A partir du huitième jour, on ne peut plus la sentir, mais elle redevient perceptible le 5 juillet.

Les fils sont enlevés le 2 juillet. La réunion est parfaite.

Le 5 juillet, les ulcères sont en voie de cicatrisation. En refaisant le pansement on constate qu'il s'est formé un petit hématome. Il est tout entier en avant du couturier.

Le malade quitte l'hôpital le 18 août. Il présente encore trois points ulcérés, de forme irrégulière dont chacun présente environ les dimensions d'une pièce de deux francs.

Il revient se présenter le 3 octobre. Il est très satisfait, se considère comme guéri et lorsqu'on lui demande comment vont ses varices répond : « Oh ! il n'y en a plus ». Et en effet, il n'y a plus de varices constatables par la vue, bien que le malade soit debout depuis trois heures. Il fait un métier extrêmement pénible de garde d'écurie et prétend qu'il reste debout dix-huit heures sur vingt-quatre.

Au palper, on sent les veines sclérosées, avec quelques petites phlébolithes. La saphène apparaît comme un cor-

don assez dur, beaucoup plus petit qu'avant l'opération. Elle ne semble pas thrombosée. On peut la vider par des pressions faites de bas en haut. Si l'on comprime la veine avec les deux index au voisinage du condyle et que, laissant l'index inférieur en place, on exerce avec l'autre une compression en remontant le long du vaisseau, le segment de ce dernier compris entre les deux index, loin de se marquer par une saillie, se dessine par une rigole.

La fatigue n'amène plus d'œdème.

La cicatrisation a continué à se faire, bien que le malade ait repris son dur métier dès qu'il est sorti de l'hôpital. Autrefois la réulcération se faisait dès que le malade se remettait à travailler.

Le malade a été revu le 15 novembre. Les trois ulcérations persistent. Elles sont restées stationnaires depuis un mois; je ne crois pas qu'elles puissent se cicatriser complètement.

Il existait d'énormes ulcères presque circulaires et dans ce cas la rétraction des parties cicatrisées empêche la guérison de se compléter.

Sauf ces observations, la jambe a repris un aspect normal. Le malade se livre toujours à son dur métier sans aucune fatigue. Il est toujours enchanté.

Revu le 22 mai 1907. L'ulcère de jambe est complètement cicatrisé bien que depuis l'opération le malade n'ait pas interrompu son travail, il en était affligé depuis sept ans et ne travaillait presque jamais.

Revu le 10 mars 1910. Le malade revient à l'hôpital parce que des ulcères ont reparu sur la jambe opérée, il y a trois mois et demi environ. Pendant près de quatre

ans, il est resté parfaitement guéri et cependant ses ulcères étaient fort anciens puisqu'ils avaient débuté en 1898. La jambe était en excellent état : le malade n'y éprouvait aucune douleur, ni aucune gêne et il pouvait faire son métier de palefrenier qu'il a continué jusqu'au moment d'entrer à l'hôpital.

Actuellement trois ulcères se sont développés sur la jambe gauche, l'un un peu allongé du diamètre d'une pièce de deux francs un peu au-dessus de la partie moyenne de la jambe, au niveau et un peu en dehors de la crête du tibia; un autre, le plus grand, à la face interne de la jambe, s'étend depuis la partie moyenne de la jambe vers le bas sur une longueur de 10 centimètres environ; il est large de 2 centimètres et demi à 3 centimètres et de contours assez irréguliers; un autre plus petit situé derrière le précédent, long de 4 centimètres, large de 1 centimètre à 1 centimètre et demi.

Ces ulcères sont situés dans une zone où la peau est pigmentée, brune, parsemée de taches rosées; à ce niveau elle a perdu sa souplesse : elle est lisse, un peu écailleuse, mais non épaissie, cette zone occupe les deux tiers inférieurs de la jambe; la pigmentation a augmenté depuis que les ulcères ont reparu.

Depuis ce moment, le malade éprouve des douleurs assez vives; il a une certaine difficulté à marcher.

Il n'y a plus de varices : on sent bien la saphène qui se tend un peu lorsque le malade est debout, le sang y circule parfaitement; la veine se vide facilement et complètement lorsque le malade est couché. Il y a encore quelques veines un peu dilatées à la limite supérieure de la zone pigmentée, plus rien ailleurs.

Il n'y a plus aucun signe d'insuffisance valvulaire; la veine ne se remplit plus de haut en bas et d'ailleurs même dans la station debout, elle ne devient pas plus volumineuse.

21 mars. Les ulcères se sont rapidement cicatrisés sous l'influence du repos : actuellement ils sont presque complètement fermés, le malade part à Vincennes.

Le malade revient à Necker le 24 août 1910; les ulcères ont reparu, il y en a un de chaque côté de la crête tibiale au tiers moyen de la jambe, de l'étendue d'une pièce de cinq francs.

On fait une réaction de Wassermann qui est négative.

Malgré cela on institue un traitement par des injections de bi-iodure.

Le malade est guéri le 29 octobre 1910.

OBSERVATION n° 2. — Auguste R..., âgé de 41 ans, homme de peine, sans antécédents intéressants, a vu des varices se développer sur sa jambe droite vers l'âge de 30 ans. Bien qu'il n'ait jamais eu d'ulcères, il en souffre beaucoup depuis plusieurs années, et c'est pour demander un soulagement qu'il vient à l'hôpital. Il a des crampes fréquentes, la marche est très pénible et il a constaté depuis longtemps que, le soir, la région malléolaire est notablement cedématisée.

La jambe gauche présente quelques varicosités, mais pas de varices à proprement parler.

Sur la face interne de la jambe droite, on sent un paquet de grosses veines variqueuses avec, au niveau de la patte d'oie, une ampoule du volume d'une aveline.

A la cuisse la saphène est visible presque jusqu'à la pointe du triangle de Scarpa.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont nets.

Anastomose saphéno-fémorale le 10 juillet 1906. Après avoir soigneusement appliqué la bande d'Esmarch, M. Delbet fait, à un travers de doigt en avant de la saphène interne, une incision de 15 centimètres dont l'extrémité inférieure s'arrête à 10 centimètres du condyle interne. La saphène est découverte, disséquée et liée à la partie supérieure de la plaie. On la sectionne en biseau très oblique au-dessous de la ligature. Le couturier étant récliné, on découvre le paquet vasculo-nerveux. On se trouve à la partie supérieure du canal de Hunter et il y a trois veines fémorales. On dénude la plus volumineuse et après avoir passé dessous deux fils de catgut pour la tendre et l'attirer, M. Delbet l'incise longitudinalement. Mais l'extrémité supérieure du segment inférieur de la saphène sectionnée ne peut être amenée au contact de la fémorale sans une certaine traction. On reporte en arrière le couturier qui avait été récliné en avant et ce rapprochement devient facile. Suture termino-latérale des deux vaisseaux au fil de lin. Après ablation de la bande d'Esmarch, la circulation se rétablit sans qu'il coule une goutte de sang. Le couturier remis en place, les téguments sont suturés au fil d'argent.

Suites opératoires normales. Ablation du fil le 20 juillet. Réunion parfaite. Le malade quitte l'hôpital le 31 juillet.

Il est revu le 5 octobre. Il se déclare enchanté de son opération et se considère comme guéri de ses varices. Les

crampes et l'œdème ont disparu. La marche qui était très pénible est redevenue normale. Bien qu'il ait repris son dur métier d'homme de peine dans le bâtiment, le malade n'éprouve plus ce sentiment de fatigue douloureuse qui lui rendait le travail presque impossible.

Au niveau du mollet, les veines sont sinueuses et dures, mais non dilatées. L'ampoule qui était grosse comme une noisette a à peine le volume d'un pois.

OBSERVATION n° 3. — Jeanne D. R..., âgée de 35 ans, entre à l'hôpital pour des varices du membre inférieur gauche qui la font cruellement souffrir et lui rendent le travail difficile, bien qu'elle n'ait jamais eu d'ulcère. Elles se sont développées depuis cinq ans.

Il existe au niveau de la crosse de la saphène une saillie ampullaire du volume d'une grosse cerise très apparente quand la malade est debout, et présentant avec évidence de l'impulsion à la toux. A cette ampoule aboutit une veine dilatée, très sinueuse, à peine visible lorsque la malade est couchée, mais très apparente et atteignant le calibre d'une grosse plume d'oie dans la station debout. Elle paraît extrêmement superficielle et n'a pas tout à fait le trajet de la saphène. Elle est plus externe.

A la face interne de la jambe, on voit des varices sinueuses, flexueuses, confluentes, ayant le volume du petit doigt. Les signes d'insuffisance valvulaires sont évidents.

La jambe droite est absolument indemne.

Opération le 31 juillet 1906. — M. Delbet ne met pas

de bande d'Esmarch parce qu'il veut réséquer la portion ampullaire de la crosse. Incision sur le trajet de la saphène depuis l'arcade de Fallope jusqu'au dessous du milieu de la cuisse. Dissection de l'ampoule de la crosse : plusieurs veines afférentes sont pincées et liées. On lie la crosse tout près de son abouchement dans la veine fémorale commune et on sectionne l'ampoule. On constata alors qu'on lia deux saphènes : la veine qui était visible avant l'opération et une autre un peu plus volumineuse et qui suit réellement le trajet de la saphène normale. On dissèque et résèque la première dans toute l'étendue de la plaie. On sectionne ensuite la plus grosse des deux saphènes en biseau et après avoir récliné le couturier, on découvre le paquet vasculaire. On dénude la veine fémorale et en faisant refluer le sang de haut en bas, par des pressions douces, on constate nettement l'existence d'une belle valvule suffisante vers la partie moyenne de la cuisse. Lorsqu'on refoule le sang, il est facile de voir qu'il ne passe pas au-dessous de la valvule et que la veine se distend au-dessus d'elle.

On passe sous la fémorale à 5 centimètres environ l'un de l'autre, deux fils destinés à faire l'hémostase. M. Delbet les confie à un aide qui en exerçant sur eux des tractions, coude et applatit la veine de manière à y suspendre la circulation.

L'extrémité de la saphène est implantée dans la fémorale au-dessous de la valvule susdite.

A la fin de l'opération, il se produit une hémorragie veineuse sous l'arcade de Fallope. Il semble que la ligature placée sur la crosse de la saphène ait en partie

glissé. Un surjet à points passés arrête le sang. Du côté de l'anastomose, l'hémostase est parfaite.

Rien à noter dans les suites opératoires. Les fils sont enlevés le 10 août. La réunion est parfaite, la malade quitte l'hôpital le 21 août.

Le 5 octobre 1906, la malade se déclare très satisfaite. Les douleurs ont disparu. Bien qu'elle fasse le même travail, elle ne se fatigue plus comme avant l'opération. Cependant, le résultat anatomique est insignifiant ou nul. Naturellement, il n'y a plus d'impulsion à la toux, la circulation ne se fait plus de haut en bas, mais le volume des varices n'a pas sensiblement diminué.

OBSERVATIONS n^{os} 4 et 5. — Mme Des. Chev..., âgée de 46 ans, laveuse, entre à l'hôpital pour des varices monstrueuses des deux membres inférieurs. Elle déclare que ses parents avaient de grosses varices et des ulcères.

Les siennes ont débuté vers l'âge de 13 ans. Elles ont augmenté très lentement d'abord, puis assez brusquement à chacune de ses grossesses qui ont été au nombre de quatre.

Il y a huit ans se produisait une première rupture, un peu au-dessus de la malléole interne du côté gauche. La malade ne s'aperçut de l'hémorragie qu'en voyant le sang. Consécutivement se produisit un petit ulcère qui dura deux ou trois mois.

Il y a trois ans, nouvelle rupture à la même place.

Presque en même temps, il s'en produit une autre du côté droit. Les hémorragies sont abondantes.

Il y a cinq mois, nouvelles hémorragies. Des ulcères s'installent, deux sur le membre gauche, un sur le membre droit. Depuis les hémorragies sont fréquentes. La malade trouve, de temps en temps, ses sabots remplis de sang. Les jambes enflent considérablement; elle a des douleurs vives, un sentiment de faiblesse extrême. Parfois ses jambes se dérobent et elle tombe.

Les deux membres inférieurs sont couverts de paquets variqueux dans tout le territoire de la saphène interne. Les veines ont le volume de l'index. Elles sont sinueuses, flexueuses, enroulées en paquet. L'ensemble forme les varices les plus volumineuses que M. Delbet ait jamais vues. Elles sont un peu plus grosses du côté droit où les dilatations remontent jusqu'à la partie supérieure de la cuisse, que du côté gauche où elles s'arrêtent à la partie moyenne.

Du côté droit, il existe un ulcère allongé transversalement à 5 centimètres au-dessus des malléoles, du côté gauche, deux ulcères de petites dimensions, à peine plus grands chacun qu'une pièce de deux francs déterminent des douleurs telles qu'elles empêchent le sommeil.

Le soir, lorsque la malade a travaillé, l'œdème remonte jusqu'au voisinage du genou.

Des deux côtés, les phénomènes d'insuffisance valvulaire sont manifestes.

Opération le 12 juillet 1906. — Côté droit. Incision de 20 centimètres. La saphène est découverte depuis

sa crosse jusqu'au-dessous du milieu de la cuisse. Au niveau de l'étoile veineuse de la crosse, sept veines afférentes sont successivement pincées et liées. La saphène elle-même est liée, puis sectionnée au niveau de sa terminaison, et on résèque tout son segment supérieur, gardant seulement un bout inférieur assez long pour que son extrémité puisse être amenée au contact de la fémorale au-dessous du milieu de la cuisse. L'hémostase de ce bout est faite avec une pince caoutchoutée. Réclinaison du couturier : découverte de la veine fémorale. On passe sous elle deux fils destinés à faire l'hémostase par simple traction. Incision longitudinale de la fémorale et implantation de la saphène. Les sutures veineuses sont faites au fil de lin.

Dès qu'on cesse l'hémostase temporaire, le sang afflue dans la saphène qu'il gonfle légèrement et passe dans la fémorale. L'étanchéité de la suture est parfaite.

Réunion sans drainage.

Ablation des fils le 22 juillet, la réunion est parfaite et l'ulcère est complètement cicatrisé.

La malade, frappée de la rapidité de la cicatrisation de l'ulcère, demande à être opérée de l'autre côté.

Opération le 24 juillet 1906. — Côté gauche.

De ce côté, l'opération a été faite avec la bande d'Esmarch. Découverte de la saphène qui est très volumineuse : bien que vide de sang, elle mesure 1 centimètre de diamètre. On la dissèque sur une longueur d'environ 15 centimètres et on la sectionne en biseau

à l'extrémité supérieure de la plaie après avoir lié le bout supérieur.

Découverte de la veine fémorale sur une petite étendue : M. Delbet l'incise longitudinalement et fait l'implantation termino-latérale de la saphène.

Suture cutanée au fil d'argent.

Ablation des fils le 3 août. La réunion est parfaite et les ulcères sont complètement cicatrisés.

Le 12 août, la malade reste vingt minutes assise sur une chaise, les jambes pendantes. Cette position est très pénible, la malade accuse des douleurs qui persistent toute la nuit.

Le 19 août, elle marche pour la première fois. Elle ne ressent aucune douleur. Les veines sont encore dilatées, mais souples et molles. Au niveau des anciens ulcères, la peau prend une couleur violacée.

La malade quitte l'hôpital le 24 août. Le volume des varices est réduit du tiers.

Du côté droit, les varices de la face externe ont presque complètement disparu. Celles de la face interne ont notablement diminué. Elles sont, cependant, encore assez volumineuses.

Du côté gauche, les veines sont un peu plus visibles qu'à droite.

Il n'y a naturellement plus de signes d'insuffisance valvulaire ni d'un côté ni de l'autre.

Ce qu'il y a de remarquable chez cette malade, c'est que l'amélioration a été progressive, comme si la circulation avait mis un certain temps à se régulariser. Peut-être s'est-il produit une phlébite légère, non pas au niveau de l'anastomose, mais à la jambe.

La malade a été revue le 19 octobre 1906, et voici la note rédigée par Mlle de Pfeiffel, externe du service, qui l'a soigneusement interrogée et examinée :

« En sortant de l'hôpital, la malade marchait difficilement. Au niveau des anciens ulcères, les premiers jours, la peau était fortement pigmentée; elle a ensuite repris sa coloration normale ou à peu près.

Au Vésinet, où elle est restée dix-neuf jours, elle marchait deux ou trois heures par jour sans fatigue. Pendant toute la durée de son séjour, elle a remarqué, le soir, un œdème malléolaire plus marqué à gauche, mais bien moins prononcé qu'avant les opérations.

Le 18 septembre, elle a repris son travail de laveuse debout. Une éruption généralisée l'a obligée à l'interrompre pendant une semaine. Elle a ensuite repris son travail et a constaté des changements radicaux. Aucune faiblesse dans les jambes (alors qu'autrefois la fatigue était telle que la malade tombait). Elle reste tous les jours debout depuis six heures du matin, jusqu'à six heures du soir avec trois pauses d'une demi-heure, une heure et un quart d'heure, sans ressentir autre chose qu'une lassitude générale. Il ne se produit aucun œdème malléolaire. Les veines de la jambe des deux côtés augmentent quand la malade se lève le matin et pose le pied par terre, mais restent ensuite telles quelles toute la journée. Les ulcères ne se sont pas rouverts. La malade, à qui il arrivait souvent de trouver ses sabots pleins de sang, n'a plus eu d'hémorragies.

Du côté gauche, quelques veines de la jambe sont sensibles à la palpation. Elles sont encore un peu dila-

tées et flexueuses. A la cuisse, rien d'apparent. On sent par la palpation, assez profondément (la femme est grasse), des veines indurées. Les ulcères sont complètement cicatrisés.

A droite, les veines à la jambe sont légèrement dilatées, mais douloureuses; ulcères complètement cicatrisés. A la cuisse, au-dessous de la cicatrice, ce qui reste de la saphène interne est flexueux, dur, épaissi. De temps en temps, elle devient plus dure au dire de la malade et légèrement douloureuse.

Somme toute, la malade déclare trouver une énorme amélioration qui augmente encore : « Je marche, dit-elle, comme un lapin. »

Cette malade a été revue à la Charité au mois de juin 1910, elle avait eu récemment une double phlébite variqueuse et M. Gosset lui fit à ce moment la résection des veines variqueuses.

OBSERVATION n° 6. — Laurent S..., marchand des quatre saisons, âgé de 62 ans, sans antécédents variqueux, a vu ses varices débiter vers l'âge de 20 ans. Elles sont restées localisées au membre inférieur gauche pendant quarante ans : c'est seulement depuis deux ans qu'elles ont apparu du côté droit où elles sont d'ailleurs peu développées.

Il y a huit ans, est survenu un ulcère de forme allongée siégeant à la partie inféro-interne de la jambe gauche, près de la malléole interne. Il s'est cicatrisé après six semaines de traitement, mais pour reparaître ensuite.

Il y a deux ans et demi, un second ulcère s'est développé au-dessus du premier, un troisième a paru il y a deux mois. Les trois ulcères sont presque confluent.

Le malade est tout à fait impotent, il ne peut marcher sans boiter. Il a des douleurs vives, des crampes et de l'œdème malléolaire, tout cela du côté gauche. Il ne souffre pas de la jambe droite où les varices sont, d'ailleurs, très peu développées.

Du côté gauche, au contraire, les varices sont volumineuses. La saphène est dilatée jusqu'à sa terminaison et elle a dans son trajet fémoral le volume du pouce. Sur ces veines dilatées, il existe quatre dilatactions ampullaires dont chacune a le volume d'une noix.

Les signes de l'insuffisance valvulaire sont si manifestes que le malade les a constatés lui-même. Il nous en fait la démonstration avec autant de précision et de méthode que s'il avait lu les travaux les plus complets sur la question.

Malgré l'existence d'un souffle systolique qui s'entend dans toute l'aire cardiaque et se propage vers l'aisselle, M. Delbet fait l'anastomose saphéno-fémorale sous le chloroforme.

Opération le 26 septembre 1906. — Côté gauche, l'opération est pratiquée avec la bande d'Esmarch.

Incision à la partie moyenne de la cuisse. La saphène présente vers le milieu de l'incision une grosse ampoule. M. Delbet est obligé de conserver cette ampoule, sans quoi l'extrémité supérieure du bout inférieur ne pourrait pas être amenée en bonne place au contact de la fémorale. La saphène est donc sectionnée et liée

à la partie supérieure de l'incision au-dessus de cette ampoule.

Le couturier étant récliné, on découvre la veine fémorale et on dénude seulement sa face antéro-interne et sur une petite étendue. Sa partie profonde est laissée adhérente à la gaine.

Incision longitudinale de la veine fémorale et implantation de la saphène. Le garrot enlevé, la circulation se rétablit sans qu'il se produise le moindre suintement au niveau de l'anastomose.

Suture cutanée sans drainage.

Ablation des fils le 6 octobre. La réunion est parfaite.

Le malade quitte l'hôpital le 21 octobre 1906. Les veines variqueuses sont très nettement diminuées, sans avoir complètement disparu; le malade s'est levé trois heures; elles n'ont pas augmenté. Leur paroi semble épaisse. Les ulcères sont réduits à 3 petites ulcérations.

Le malade revient nous voir le 9 novembre 1906. Il nous aborde en disant : « Oh! ça a bien réussi. » Il se présente après avoir marché pendant trois heures, les veines du mollet sont visibles, mais, comme le déclare le malade, il n'y a pas de comparaison entre ce qu'elles étaient avant l'opération et ce qu'elles sont actuellement.

Il ne reste des ulcères que 3 petites croûtes parfaitement sèches, la plus grande est moins large qu'une pièce de 20 centimes, les deux autres ont le diamètre d'une tête d'épingle.

Le malade est très satisfait du résultat. Il ne boite

plus, il marche parfaitement. Il a repris son métier de marchand des quatre saisons, il reste debout toute la journée sans ressentir ni fatigue, ni douleur, ni crampe. Dans les premiers jours, il se produisait, le soir, un léger œdème malléolaire qui a disparu depuis une huitaine.

Chose frappante : le malade qui autrefois ne se plaignait nullement de sa jambe droite, d'ailleurs peu variqueuse, trouve maintenant qu'elle ne vaut pas sa jambe opérée et nous déclare qu'il viendra la faire opérer quand il aura gagné de quoi payer son terme.

Revu le 4 mars 1910, trois ans et cinq mois après l'opération.

Les ulcères qui existaient à la jambe avant l'opération ont été guéris peu après que le malade eût quitté l'hôpital. Depuis, bien qu'il ait repris son travail, ces ulcères ne se sont pas reproduits. Il n'éprouve plus dans le membre inférieur gauche la sensation de fatigue et de douleur qu'il avait autrefois.

Actuellement, on constate à gauche, une dilatation serpentine des veines sous-cutanées s'étendant sur la face interne du membre depuis le genou jusqu'au milieu du bord interne du pied. Ces veines sont peu tendues, molles, facilement dépressibles. On n'y sent pas d'impulsion à la toux.

L'absence de tension est surtout frappante lorsqu'on compare avec le côté droit où il existe des varices plus saillantes dans les mêmes segments du membre, beaucoup plus tendues plus résistantes. Elles présentent à la toux une impulsion très nette. La peau est assez for-

tement pigmentée au niveau des cicatrices des anciens ulcères.

OBSERVATION n° 7. — Mme F. P..., âgée de 56 ans, a vu sès varices débiter au moment de sa première grossesse à l'âge de 20 ans. Limitées à la jambe droite, elles n'ont déterminé aucun trouble pendant vingt-six ans. Il y a dix ans, est apparu sur la face interne du tibia, à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la malléole, un ulcère assez étendu. Cet ulcère s'est cicatrisé, puis il a reparu et c'est pour en être soignée que la malade entre à l'hôpital.

Cet ulcère est peu étendu, il mesure 5 à 6 centimètres de haut sur 4 et 5 de large. Il est entouré d'une plaque épaissie, violacée, haute et large comme la main, et il donne lieu à des douleurs atroces, intolérables, qui irradiant à toute la jambe et rendent le sommeil impossible.

Les varices sont surtout accusées au niveau du mollet où l'on voit et l'on sent une série de cordons indurés tout le long de la saphène. En outre, cette veine présente, à la partie inférieure de la cuisse, deux dilatactions ampullaires qui ont chacune le volume d'une noix.

Opération le 26 octobre 1906. — L'hémostase est faite avec la bande d'Esmarch. L'opération est conduite à la manière ordinaire. Le garrot enlevé, on constate que la circulation se rétablit de la saphène dans la fémorale sans qu'il s'échappe une seule goutte de sang au niveau de l'anastomose.

Avant de terminer, on extirpe la plus grande partie du bout supérieur de la saphène.

Suture des téguments sans drainage.

Le résultat immédiat de l'opération a eu ceci de curieux, que les douleurs, qui étaient antérieurement très vives, ont complètement disparu. La cicatrisation de l'ulcère a marché avec une extrême rapidité : en trois jours, elle était terminée.

Les fils ont été enlevés le 3 novembre. La réunion est complète.

La malade se lève le 17 novembre.

Revue le 2 mai 1910, trois ans et demi après son opération, elle est très satisfaite. Elle ne souffre plus du tout de sa jambe droite, elle éprouve seulement, dit-elle, quelques démangeaisons. Pas de crampes ni de pesanteur.

Il n'y a plus d'œdème, la jambe est, au moment de l'examen, parfaitement sèche, bien que la malade soit debout depuis longtemps. L'ulcère est resté définitivement guéri : la cicatrice est souple, entourée d'une petite zone pigmentée; la peau est remarquablement saine.

Il y a encore quelques veines dilatées à la face antérieure et interne de la jambe, mais même lorsque la malade est debout, ces veines sont peu tendues : elles ont l'air d'avoir une paroi extrêmement mince : ce sont certainement des veines dont la paroi était dégénérée. Quelques varicosités sur la face antérieure de la cuisse. Il en existait au dire de la malade sur la jambe avant l'opération; elles ont disparu. Leur tension est très minime, beaucoup moindre que du côté opposé.

La jambe gauche est en effet en assez mauvais état. Elle présentait déjà des varices lors de la première opération, mais elles ont beaucoup augmenté. Grosses veines dilatées à la partie inférieure du creux poplité; d'autres en avant et en dedans, surtout à la partie inférieure de la jambe.

Sur le tiers inférieur de la jambe, la peau est pigmentée et en un point, au-dessus d'une veine dilatée, rouge et amincie; certainement un ulcère est imminent. La jambe est en outre très œdémateuse, la malade se plaint d'y éprouver des crampes très douloureuses qui l'empêchent de dormir.

En somme, la jambe opérée est maintenant de beaucoup la meilleure, la malade ne veut pas se faire opérer de l'autre côté parce qu'elle se trouve trop vieille, mais elle en souffre beaucoup.

Cette malade a été revue de nouveau le 4 mars 1912.

Depuis l'opération, elle ne souffre plus du tout de sa jambe droite; elle n'éprouve que de temps en temps quelques crampes passagères. L'ulcère n'a jamais reparu.

Elle se plaint maintenant de la jambe gauche; depuis dix-huit mois, un ulcère s'y est constitué et s'est aggravé peu à peu; les douleurs sont devenues très vives, la jambe est œdémateuse; la marche est devenue très difficile.

Actuellement la jambe droite est en parfait état, sèche, sans œdème; lorsque la malade est couchée, on aperçoit sur la face interne quelques veines qui semblent de volume normal. Sur le tiers inférieur de la face interne existe une zone pigmentée large comme la paume

de la main; la peau est autour brunâtre et squameuse; au centre de cette zone existe une cicatrice blanchâtre souple; on sent au-dessous quelques rigoles veineuses.

A gauche, on ne voit pas de grosses varices, mais on perçoit cependant de l'impulsion à chaque effort de toux dans les veines dilatées à la partie supérieure et interne de la jambe. Sur tout le tiers inférieur de la jambe, la peau est pigmentée, squameuse. Sur la face interne existe une vaste zone rouge et une ulcération haute de 8 à 10 centimètres, superficielle, suintante, fortement irritée; une autre ulcération existe en dehors au-dessus de la malléole externe. Le pied est œdémateux.

Au bout de huit jours de séjour à l'hôpital, les ulcères avaient diminué d'étendue, mais la peau et le tissu cellulaire dans le tiers inférieur de la jambe, restaient épaissis, indurés.

On peut examiner la malade debout. A droite, on ne voit plus guère de veines dilatées: il n'y en a plus qu'une seule en avant, d'un calibre de 4 à 5 millimètres, sinueuse, qui croise le bord antérieur du tibia et une autre en arrière sur le milieu du mollet. Ces veines sont souples, peu tendues.

Du côté gauche, on perçoit une petite ampoule assez tendue à la partie inférieure de la cuisse; à la jambe, quelques veines se dessinent à la partie supérieure et interne du mollet et on sent là deux ou trois veines dilatées, flexueuses et tendues.

Lorsqu'on applique un lien à la cuisse, on constate que sous l'influence de la marche, les veines se vident manifestement. Dès qu'on enlève le lien, l'ampoule se

redistend et on y sent une impulsion manifeste au moment des efforts de toux.

Le contraste entre l'état des deux jambes est tout à fait frappant.

OBSERVATIONS n^{os} 8 et 9. — Paul T..., âgé de 29 ans, journalier, entre à l'hôpital pour des varices.

Depuis onze ans environ, ses jambes se fatiguent facilement, il a remarqué que les veines du mollet droit gonflaient et, depuis deux ans, que la partie inférieure de la jambe enflait à la fin de la journée.

La marche et surtout la station verticale sont devenues pénibles. Au bout de dix à quinze minutes de marche, le malade est obligé de s'asseoir. Il se plaint, en outre, d'une sensation permanente de cryesthésie aux membres inférieurs.

Il n'a jamais eu d'ulcères. Il prétend que lorsqu'il est fatigué, les douleurs remontent jusqu'en haut de la cuisse suivant un trajet qu'il montre et qui correspond à celui de la saphène.

Celle-ci n'est point dilatée dans le trajet fémoral. Au niveau du genou, elle présente une ampoule assez volumineuse; sur la face interne de la jambe, les veines dessinent des flexuosités; elles forment des paquets et des nodosités résistantes.

Les valvules sont certainement forcées : les varices se remplissent de haut en bas.

Du côté gauche, il n'y a rien à la cuisse et, au niveau du mollet, la saphène est un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, elle est plus tendue et l'on peut constater

qu'elle se remplit de haut en bas. De ce côté aussi, les valvules sont forcées.

Opération le 2 novembre 1906, côté droit. — La bande d'Esmarch est appliquée. Incision à la partie moyenne de la cuisse. La saphène est découverte. Une petite collatérale est liée et coupée.

Le couturier étant récliné en avant, M. Delbet découvre le paquet vasculaire. L'artère fémorale se présente d'abord. Il faut la récliner; elle recouvre la veine qui est petite.

La saphène étant liée et sectionnée en biseau, on incise la veine fémorale. On passe d'abord les deux fils latéraux destinés à écarter les deux lèvres de l'incision faite à la veine fémorale. Le fil postéro-interne est passé immédiatement dans la saphène. On place ensuite les deux points d'angle inférieur et supérieur et on termine par les surjets. Toute la suture est faite, comme d'habitude, au fil de lin.

La bande d'Esmarch enlevée, on constate que la suture est parfaitement étanche. On extirpe une partie du bout supérieur de la saphène.

Suture des téguments sans drainage.

Dès le lendemain de l'opération, le malade remarque qu'il n'a plus la sensation de froid qu'il accusait antérieurement.

Les fils sont enlevés le 12 novembre; la réunion est parfaite.

Le malade se lève le 23 novembre; il reste debout et marche pendant deux heures en s'aidant d'une canne et en se reposant toutes les dix minutes. Les jours suivants il peut marcher sans fatigue pendant une demi-heure.

Le 27 novembre, il part à Vincennes; trois ou quatre jours après, il restait levé trois, quatre heures, puis une demi-journée. Pendant la première semaine, il remarquait, le soir, un peu d'œdème du pied et de la partie inférieure de la jambe droite; il ressentait en outre quelques douleurs lancinantes, assez intenses, surtout par les temps humides.

Au bout de quelques jours, le gonflement et l'œdème avaient beaucoup diminué, les douleurs étaient bien moins prononcées.

Le 11 décembre, il revient à l'hôpital; il reste levé six heures par jour, mais il ne se sent pas assez fort pour travailler.

Depuis trois semaines environ, il a remarqué que les varices de la jambe gauche ont beaucoup augmenté et le font beaucoup plus souffrir qu'auparavant. Il y a une différence avec la jambe droite, inverse de ce qu'elle était auparavant : « Avant, dit-il, je sentais plus de fatigue du côté droit que du côté gauche; maintenant c'est le contraire; je porte plutôt sur la jambe droite quand je marche. » Il n'a pas d'œdème des malléoles à gauche.

Du côté droit, les varices de la face interne et supérieure de la jambe ont beaucoup diminué; elles ne sont plus douloureuses. Les signes d'insuffisance valvulaire ont disparu. On sent sous le doigt quelques nodosités et quelques veines à parois épaisses, mais l'ensemble est souple et non tendu.

Du côté gauche, les varices sont symétriques par rapport à celles du côté droit; elles sont très tendues, un peu douloureuses; à la cuisse on sent la veine saphène épaiss-

sie mais non distendue; les signes d'insuffisance valvulaire sont manifestes.

Opération le 19 décembre 1906. — Côté gauche. Incision sur le trajet des vaisseaux. Découverte haute de la saphène qui est un peu volumineuse. Les veines sont cependant assez épaissies.

Découverte des vaisseaux fémoraux.

Section oblique de la saphène et suture par le procédé habituel : on passe d'abord les 2 fils d'appui, l'antérieur sur la fémorale, le postérieur prenant la fémorale et la saphène, puis les 2 fils d'angle supérieur et inférieur et on termine par les surjets.

Résection du bout supérieur de la saphène : ligature de deux collatérales.

Suture de la peau sans drainage.

Ablation des fils le 28 décembre : réunion parfaite.

Le 7 janvier, le malade se lève pendant deux heures; il marche péniblement; sa jambe est un peu œdémateuse; on ne voit plus du tout de varices.

Le 5 janvier, il part à Vincennes; il marche plus facilement; la jambe gauche présente encore un peu d'œdème le soir. Du côté droit, on ne voit plus du tout de varices et il y a peu d'œdème le soir.

Le 5 mars 1907, il revient se faire examiner. Pendant son séjour à Vincennes il marchait peu, se fatiguant au bout d'une demi-heure environ; il ressentait quelques douleurs pendant la marche et présentait le soir un peu d'œdème malléolaire, plus marqué du côté gauche récemment opéré.

Il n'a pas encore repris son pénible travail de manoeuvrier. Depuis une huitaine de jours, il marche mieux,

mais il est obligé de se reposer au bout d'une demi-heure. Il ressent encore quelques élancements dans la jambe gauche; il n'a plus qu'un très léger œdème malléolaire.

A droite, l'état est le même qu'en décembre, les varices augmentent peu dans la station debout, le malade ne souffre pas et se déclare satisfait.

A gauche, la saphène interne se dessine nettement dans la station verticale, mais elle est peu tendue; on voit encore d'autres veines variqueuses à la partie supérieure vers la face postéro-interne.

Le 11 avril 1907, le malade revient se faire examiner. Il a repris son travail le 2 mars; il est manœuvre dans une usine de tuyaux à gaz. Il est constamment debout, portant de lourds fardeaux, il travaille de 6 heures et demie du matin à 7 heures du soir avec une heure et demie de repos. — Il a été obligé d'interrompre pendant quelques jours parce qu'il souffrait.

Actuellement, on ne constate pas d'œdème malléolaire.

A droite, il y a des paquets variqueux durs et tendus avec des parois épaisses et sclérosées, à gauche, quelques veines dilatées à la partie postéro-supérieure de la jambe; la veine saphène est distendue et un peu douloureuse à la pression à sa partie inférieure.

Il n'y a pas de modifications sensibles depuis trois mois, mais la reprise d'un travail très pénible n'a pas non plus amené d'accroissement des symptômes.

OBSERVATION n° 10. — Pierre S..., 62 ans, journalier, entre à l'hôpital Laënnec le 8 décembre 1906, pour un

ulcère variqueux siégeant à la partie antéro-interne de sa jambe gauche. Il avait des varices dès l'âge de 20 ans, mais il n'en souffrait guère et c'est à peine si, lorsqu'il était fatigué, ses mollets enflaient un peu. Cependant il y a une dizaine d'années, les varices de la jambe gauche sont devenues plus grosses et le malade s'est mis à porter un bas.

Il y a trois ans, un ulcère se forme à la partie antéro-interne de sa jambe à la suite d'un rhumatisme. Soigné, cet ulcère se ferme, mais le malade ayant repris son travail, l'ulcère se reproduit et il souffre actuellement depuis longtemps.

Sur ses deux jambes, il reste des varices volumineuses.

A droite, elles sont surtout développées au niveau de la saphène interne, vers la face externe du tibia. La veine distendue forme un cordon très flexueux large d'environ 5 millimètres remontant en arrière jusqu'au creux poplité. On y sent de petits phlébolithes aux coudes de la veine. Pas d'impulsion à la toux. Les varices se voient assez bien lorsqu'on élève le membre.

A gauche, outre l'ulcère qui siège à la partie moyenne de la face antéro-interne, il existe un manchon de traces d'eczéma qui va des malléoles jusqu'au tiers supérieur de la jambe; au-dessus il y a des varices plus volumineuses qu'à droite en dedans, en avant et à la partie postéro-interne.

En dedans, il y a, au niveau de la face interne du plateau tibial, deux grosses ampoules, une supérieure, de 3 centimètres de diamètre, une inférieure moins volumineuse, en avant, une autre ampoule un peu plus petite; outre ces 3 ampoules dignes d'être notées, il y

en a d'autres plus petites. On sent à leur niveau de petits caillots indurés. Au-dessus du genou quelques veinules sont légèrement dilatées. Il existe un œdème notable de la jambe.

Les ampoules se vident facilement par l'élévation. Il y a des signes d'insuffisance valvulaire, les varices se remplissent assez rapidement de bas en haut lorsque le malade est debout, la saphène étant obstruée, de sorte que le signe de Trendelenburg apparaît moins nettement.

Opération le 9 décembre 1906, par M. Pierre Delbet.
Côté gauche. — Anastomose saphéno-fémorale est difficile; la veine est volumineuse, très épaissie. La graisse rend l'opération pénible. La bande d'Esmarch a été placée un peu bas et n'a pu être serrée suffisamment; le sang gêne pendant tout le début de l'opération. Passage des fils d'appui antérieur et postérieur, ce dernier prenant la paroi des deux veines. Deux fils d'angle en haut, en bas. Surjet antérieur et postérieur. Résection de la partie supérieure de la saphène qui passe des collatérales : suture.

Le 18 décembre, ablation des fils. Réunion parfaite. L'ulcère de la jambe n'est pas entièrement cicatrisé, on ne sent aucun cordon veineux.

Le 7 janvier, le malade se lève pendant deux heures : il marche sans difficulté. La jambe gauche est encore un peu plus volumineuse que la droite.

Le 13 janvier, le malade quitte le service : il marche déjà facilement et ne ressent plus les douleurs que provoquaient ses varices (lourdeur, crampes, œdème). Il se plaint seulement d'une petite ampoule qui grossit

quand il marche et qui est sensible : cette ampoule, située à la partie supérieure et interne de la jambe est beaucoup moins volumineuse qu'avant l'opération. Elle ne subit aucune impulsion à la toux. Les autres ampoules ont notablement diminué. Elles apparaissent à peine par la station debout. Il reste sur la jambe quelques petits ulcères superficiels qui suintent un peu.

Le 28 février 1910, ce malade ne pouvant interrompre son travail nous a écrit pour donner de ses nouvelles. Il est manœuvre aux Etablissements de Dion-Bouton : son état général est bon et il est profondément reconnaissant de l'opération; il ressent quelquefois, mais rarement, des crampes au mollet de la jambe opérée; il lui suffit de s'asseoir quelques minutes pour que ce malaise disparaisse.

OBSERVATION n° 11. — Marie V..., 41 ans, domestique, entre le 14 janvier 1907 à l'hôpital Laënnec pour des varices du membre inférieur gauche. Elle a eu deux accouchements entre 25 et 30 ans, tous deux à terme. Les varices seraient apparues lors de sa deuxième grossesse.

A ce moment, elle a déjà eu un ulcère siégeant à la région externe et supérieure de la jambe gauche, au-dessus de la malléole péronière. Il s'est cicatrisé spontanément peu de temps après l'accouchement.

Les varices n'ont pas cessé de grossir, mais, sans entraîner de gêne fonctionnelle. La malade n'a jamais cessé de travailler jusqu'à mai dernier. Le soir, il y avait un très léger œdème malléolaire. A différentes

reprises, elle a porté des bas à varices qui la soulagent.

Il y a cinq ans, un nouvel ulcère apparaît au même endroit que le premier, atteignant les dimensions d'une pièce de 1 franc : il s'est cicatrisé au bout d'un mois pendant lequel la malade a gardé le lit.

En août 1906, apparition d'un nouvel ulcère allongé suivant l'axe du membre, à la partie antéro-interne et inférieure de la jambe. Après un repos de un mois, l'ulcère s'est cicatrisé.

Il y a cinq semaines, une forte hémorragie s'est produite au niveau d'une cicatrice des premiers ulcères, et un nouveau s'est formé qui persiste encore.

Depuis quelques mois, la fatigue et la douleur ont beaucoup augmenté; elle peut à peine travailler; la station debout est très pénible. Le port des bas à varices était intolérable; la malade se plaint de ressentir dans la jambe des élancements qui troublent son sommeil.

Il y a un an environ, la malade s'est aperçue de l'existence de quelques varices sur la jambe droite, mais elles sont encore peu développées et ne la font pas souffrir.

Du côté droit, on ne constate, en effet, que des varices peu développées, saillantes seulement pendant la station debout, siégeant à la partie postérieure et interne de la jambe.

Du côté gauche, il n'y a rien à la cuisse, la saphène n'est ni douloureuse, ni augmentée de volume. A la jambe, les varices siègent à la face interne, principalement au tiers supérieur, sur le trajet de la saphène

interne. Au niveau de l'interligne du genou existe une ampoule du volume d'une grosse noisette, se distendant dans la station debout. Quelques autres ampoules siègent sur la veine et ses affluents jusqu'au niveau de la malléole interne et jusqu'à la partie interne du pied : toute la région est couverte de veines volumineuses.

Une bande de téguments fortement pigmentés, large de 2 centimètres environ part de la partie moyenne et antérieure de la jambe pour aboutir à la malléole interne. Il subsiste une petite ulcération superficielle en voie de cicatrisation à la face externe de la jambe, grande comme une pièce de 50 centimes et entourée d'une peau fortement pigmentée.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont manifestes.

Opération le 16 janvier 1907. Anastomose saphéno-fémorale par M. Delbet. Bande d'Esmarch et garrot à la racine de la cuisse. Incision à la face interne de la cuisse; découverte de la saphène qui reçoit à ce niveau plusieurs collatérales qui sont liées et sectionnées. Découverte du couturier. Recherche et dénudation de la veine fémorale profondément située. Section oblique de la saphène. Incision de la fémorale qui contient un peu de sang. Fixation par deux points antérieur et postérieur. Deux points d'angle. Surjets antérieur et postérieur. Lorsqu'on lâche la bande, la suture tient bien. Résection du segment supérieur de la saphène qui reçoit une collatérale importante. Suture sans drainage.

25 janvier. Ablation des fils. Il s'est formé un petit hématome qu'on évacue.

L'ulcère est cicatrisé.

4 février. La malade quitte l'hôpital en très bon état.

Revue le 19 février. Les douleurs ont complètement disparu; la marche n'est pas pénible et ne provoque pas d'œdème. La grosse ampoule située sur le bord interne du creux poplitée derrière le condyle interne du fémur est saillante et conserve le même volume dans la station debout et le décubitus horizontal. A la palpation elle présente une consistance ferme et semble thrombosée, mais non adhérente à la peau. Toutes les plaies ulcéreuses sont cicatrisées. La malade dit qu'elle ressent encore quelques fourmillements.

Revue le 19 mars 1907. Il n'existe plus que trois ou quatre petites dilatations veineuses, la plus grosse atteint le volume d'un pois, elles sont thrombosées, présentent une consistance assez dure; elles n'augmentent pas de volume sous l'influence de la fatigue.

Il n'y a pas d'œdème de la jambe, même après des journées pénibles; seulement un peu de gonflement du cou-de-pied.

La malade ne ressent plus de douleurs, elle est enchantée.

Revue le 27 mai 1907, en parfait état.

Marie V..., revue le 21 avril 1910. La malade est très satisfaite: elle a repris, peu après son opération, son métier de cuisinière et ne l'a pas interrompu depuis, sauf il y a trois mois: elle a eu une congestion pulmonaire. Elle n'a plus souffert de sa jambe opérée, alors que auparavant elle éprouvait des douleurs vives, des crampes. Même après de longues journées de travail debout, la jambe ne présente aucun œdème le soir.

En somme, le résultat fonctionnel est aussi satisfaisant que possible.

Les varices ont beaucoup diminué de volume au dire de la malade. Actuellement, lorsqu'elle est debout, on sent encore à la face interne du genou une grosse veine dilatée; une autre descend à la jambe le long de la face interne du tibia, dilatée et sinueuse, recouverte en bas d'une peau pigmentée. On sent un petit phlébolithe à la face interne du genou. Partout ailleurs les veines sont souples : elles acquièrent encore une certaine tension lorsque la malade est debout. La jambe est sèche sans œdème; la peau est souple et mobile. Les veines se vident très facilement par l'élévation du membre : lorsque la malade se tient debout, il y a un très léger reflux : comme si le sang de la fémorale remplissait un peu de la saphène : ce fait n'est d'ailleurs pas surprenant.

La malade a quelques varices à l'autre jambe, surtout à la face externe du genou. Elle commence à en souffrir et elle se propose de porter un bas de ce côté, alors qu'elle n'en a jamais porté du côté opéré. Elle ajoute d'ailleurs que si elle en souffre, elle viendra aussitôt s'en faire opérer.

Revue le 12 mars 1913, six ans après l'opération. —
Les ulcères ne se sont pas reproduits depuis l'opération. Pas de douleurs. La malade est debout toute la journée; elle n'a jamais interrompu son travail. La jambe était autrefois si volumineuse que la malade ne pouvait pas se chausser. Depuis l'opération, la jambe et le pied ont repris leur volume normal. La malade

met les mêmes bottines des deux côtés. Elle ne porte pas de bas à varices.

Les varices sont encore volumineuses à la jambe. Dans l'élévation de la jambe, elles se vident manifestement plus vite quand on ne comprime pas la saphène que quand on la comprime.

Cette malade a été encore revue par nous le 5 novembre 1923, seize ans après l'anastomose saphéno-fémorale. Elle se montre très satisfaite du résultat obtenu. Les troubles subjectifs qui existaient avant l'opération ont complètement disparu. L'œdème, les douleurs, la fatigue qui, avant l'intervention, apparaissaient le soir, n'ont plus reparu. Le signe de Trendelenburg est négatif malgré qu'au premier abord on pouvait le croire légèrement positif par une erreur d'interprétation. En examinant la malade avec attention on voit que les valvules de la fémorale sont encore suffisantes. L'ulcère n'a plu reparu. On trouve au niveau de la malléole externe gauche la cicatrice souple et légèrement pigmentée de cet ulcère. Les veines sont encore considérablement dilatées aux deux jambes, moins toutefois à la jambe gauche opérée. Les varices ne sont pas aussi dilatées qu'avant l'opération, car les ampoules variqueuses qui, en 1907, existaient sur le trajet de la saphène interne et que, d'après la malade, avaient le volume d'un œuf de pigeon, ont complètement disparu. On constate cependant une dilatation variqueuse marquée, avec quelques phlébolithes dans la saphène au niveau du tiers moyen de la face interne de la jambe. A l'épreuve de la marche et du lien élastique, les varices se vident complètement; ce qui prouve que malgré la dilatation variqueuse la paroi

des veines a conservé sa contractibilité. Pas d'impulsion à la toux.

Au membre inférieur droit, non opéré, la dilatation variqueuse qui n'existait pas en 1907 est, au moment de notre examen, encore plus considérable que du côté opéré. Les varices remontent jusqu'à la cuisse, contrairement à ce que nous avons observé sur le côté gauche où la dilatation variqueuse était limitée à la jambe. Le signe de Trendelenburg et l'impulsion à la toux sont nettement positifs sur la saphène interne. En effet quand on fait tousser la malade on perçoit une impulsion manifeste qui passe dans les doigts explorateurs et qu'on peut mettre en évidence même au niveau de la face interne du genou. A l'épreuve de la marche et du lien élastique les varices se vident complètement, ce qui explique pourquoi la malade n'accuse de troubles trop marqués du côté non opéré, malgré la dilatation énorme des veines : les communicantes fonctionnant bien, l'écoulement se fait pendant la marche, ce qui confirme les idées énoncées par M. Delbet.

ÉPREUVE OSCILLO-MÉTRIQUE.

Bras : Max. 16 — ma. 12 — ind. oscill. 4.

Jambe gauche opérée :

Horizontale . . . Mx. 19 — ma. 10 — ind. oscill. 5.

Levée. Mx. 12 — ma. 7 — ind. oscill. 3.

Debout. Mx. 25 — ma. 18 — ind. oscill. 5.

Jambe gauche non opérée :

Horizontale . . . Mx. 20 — ma. 12 — ind. oscill. 3.

Levée. Mx. 10 — ma. 7 — ind. oscill. 2.

Debout. Mx. 25 — ma. 18 — ind. oscill. 4.

OBSERVATION n° 12. — Henri G..., 42 ans, blanchisseur, entré à l'hôpital Laënnec, le 9 février 1907 pour un ulcère de la jambe gauche.

A 23 ans, le malade s'aperçut de l'existence de varices légères qui augmentèrent progressivement de volume jusqu'à l'âge de 35 ans, époque à laquelle il vint se faire soigner à l'hôpital Laënnec pour un ulcère variqueux. On fit une incision circonférencielle suivant le procédé de Moreschi. Le résultat fut excellent et le malade resta guéri jusqu'au mois de juin 1906. A ce moment, à la suite d'une forte contusion, apparut un petit ulcère qui ne s'est jamais cicatrisé depuis.

L'ulcère siège à l'union du $\frac{1}{3}$ inférieur et du $\frac{1}{3}$ moyen de la jambe sur la face interne du tibia; il a les dimensions d'une pièce de 50 centimes et est situé au centre d'une zone pigmentée, brillante, faisant presque toute le tour du $\frac{1}{3}$ inférieur de la jambe sur une hauteur de 13 centimètres environ; il est arrondi, le fond en est rouge vif et à peine déprimé. Toute la région pigmentée est infiltrée, la peau est épaissie, mais cependant assez souple.

En dehors de la zone pigmentée, on observe des lésions de grattage : le malade ressent des démangeaisons très vives. Au niveau de la jarretière, existe la cicatrice de l'incision circonférentielle de la jambe.

A partir de cette cicatrice jusqu'au bord supérieur du condyle interne du fémur, le long du trajet de la saphène interne se trouvent deux paquets variqueux. Chacun d'eux occupe une étendue de 8 centimètres de côté et est constitué par trois à quatre ampoules veineuses bleuâtres, de la grosseur d'un grain de raisin.

Deux d'entre elles, situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la cicatrice circonférentielle sont plus volumineuses et le sang de l'une peut refluer vers l'autre.

Au niveau de la cuisse, il n'y a pas trace de varices.

Lorsqu'on élève le membre, les ampoules des deux paquets se vident complètement et il se forme à leur place des dépressions assez profondes.

L'impulsion à la toux est très manifeste et il s'y ajoute une sorte de frémissement, comme si la colonne sanguine venait frotter légèrement la pulpe des doigts qui explorent. Le reflux de haut en bas n'est pas très rapide : les ampoules se remplissent lentement.

Le 20 février 1907. *Opération du côté gauche.* Anas-tomose saphéno-fémorale par M. Pierre Delbet. Découverte du coturier. On le récline en avant et on passe dessous à la recherche des vaisseaux. La veine fémorale est petite, très postérieure et accompagnée d'un canal collatéral.

Incision de la veine fémorale. Suture saphéno-fémorale. Suture des téguments au fil d'argent.

Le 26 février. L'ulcère est complètement cicatrisé.

Le 2 mars. Ablation des fils, bonne réunion.

Le 13 mars. Le malade se lève pour la première fois durant trois heures. Il éprouve d'abord quelques fourmillements passagers dans les orteils, puis il peut marcher facilement, sans gêne.

Le 16 mars. Le malade marche bien sans douleurs, sans fatigue; au bout de quelque temps apparaît un peu d'œdème sur le dos du pied.

Tout autour de la cicatrice de l'ulcère, grandes squames épidermiques et forte pigmentation de la peau.

Les amopules veineuses qui se trouvaient au-dessus de l'incision circonférentielle et qui communiquaient nettement, sont actuellement complètement affaissées. On sent à leur place deux petits noyaux indurés, le supérieur plus saillant et plus nettement limité. Il n'y a plus d'impulsion à la toux.

Le malade sort guéri le 19 mars.

Revu le 3 mars 1910, trois ans après l'opération. Le malade se déclare enchanté du résultat obtenu, il a repris son travail aussitôt après sa sortie de l'hôpital et ne l'a jamais interrompu depuis.

L'ulcère est resté cicatrisé depuis l'opération, il n'a jamais reparu.

Le malade peut marcher sans fatigue ; il travaille debout toute la journée et malgré cela sa jambe n'enfle pas ; c'est à peine si le soir, après les travaux pénibles, il y a un peu de gonflement de la cheville.

Lorsque le malade est debout, on voit et on sent encore à la face interne de la jambe un paquet de veines variqueuses situé au-dessous de la cicatrice de l'incision circulaire autrefois pratiquée. Ces veines n'augmentent pas beaucoup de volume dans la station debout prolongée. Il y a deux petites ampoules, du volume d'un pois environ, situées l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la cicatrice circulaire : ce sont les seules ; les veines qui constituent le paquet semblent avoir le volume d'une plume d'oie ; elles sont flexueuses et molles, ce caractère est très net ; même dans la station debout prolongée, la tension n'est pas très considérable.

Les veines se vident très facilement lorsqu'on élève le

membre; les signes d'insuffisance valvulaire ont disparu.

Au mois d'avril 1910, ce malade est revenu; il avait reçu un coup sur la jambe et il s'était formé à ce niveau une petite ulcération.

Cette ulcération d'origine traumatique a guéri rapidement et complètement. Revu le 15 mars 1913, en bon état.

OBSERVATION n° 13. — Edouard B..., 47 ans, fumiste, entre à l'hôpital Laënnec le 14 février 1907 pour un ulcère de la jambe gauche.

Il a des varices des deux jambes depuis l'âge de 15 ans; il a été réformé pour ses varices.

Il y a six ans, à la suite d'une contusion, il eut une hémorragie abondante et à la suite il a vu se développer l'ulcère qui persiste encore actuellement et dont les dimensions n'ont pas varié depuis deux ans.

Cet ulcère, situé sur la face interne de la jambe gauche, sensiblement quadrilatère à grand axe parallèle à celui de la jambe, s'étend sur une hauteur de deux travers de main à partir de la dépression sus-malléolaire. Sa largeur est moitié moindre; les bords ne sont pas décollés; la peau au voisinage a une coloration jambonnée.

Il existe à ce niveau quelques troubles de la sensibilité; le malade ne distingue pas bien le froid du chaud et présente une certaine hyperesthésie au contact.

Il y a des varices aux deux jambes, mais elles sont plus développées du côté gauche. Les plus volumineuses

se trouvent au niveau de la face interne et antérieure de la jambe et remontent peu au-dessus du genou. Les dilatations atteignent la taille d'une noisette. Le malade dit qu'elles sont infiniment plus grosses dès qu'il se fatigue. La plus volumineuse se trouve au niveau de l'interligne articulaire du genou sur la face interne et atteint le volume d'une noix.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont nets des deux côtés. Pas de dilatation de la saphène à la cuisse.

Opération le 22 février 1907 du côté gauche. Anastomose saphéno-fémorale par M. Pierre Delbet. On passe en arrière du couturier. L'anastomose est faite au niveau d'une valvule de la veine fémorale. Au moment où l'on enlève la bande d'Esmarch, on constate que la suture veineuse n'est pas complètement étanche, un suintement sanguin assez abondant se produit, mais il s'arrête spontanément et il n'est pas nécessaire de mettre un point supplémentaire.

Résection de la partie supérieure de la saphène. Ablation d'un paquet ganglionnaire enflammé au niveau de la crosse.

Ablation des fils le 4 mars, bonne réunion.

Le malade se lève le 15 avril. Lorsqu'il est au lit, il n'a plus les dilatations variqueuses constatées à l'entrée; lorsqu'il est debout, elles ne se reproduisent pas non plus; il peut maintenant monter et descendre un escalier, ce qui lui était avant fort pénible.

L'ulcère a diminué considérablement surtout en hauteur, il est moitié moins haut, la largeur est sensiblement la même.

Le 23 mai, il avait encore 6 centimètres de haut et $4\frac{1}{2}$ de large.

Le 22 juillet il n'a plus que 3 centimètres, le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION n° 14. — Louis G..., 52 ans, coiffeur, vient se faire soigner pour des varices qui ont débuté il y a une vingtaine d'années. Depuis cinq ans, il a été obligé de cesser son métier. Il n'a jamais eu d'ulcère.

Le malade est grand, maigre; la jambe est sèche sans œdème et cependant les douleurs sont très pénibles et rendent le travail impossible.

Les varices ont des dimensions extraordinaires; elles s'étendent du pied jusqu'au triangle de Scarpa. La saphène au niveau de sa crosse présente une ampoule qui a le volume d'une grosse noix. A la cuisse, il existe deux autres ampoules d'un volume presque égal, puis un peu au-dessus du canal de Hunter un lacis de veines qui forme un gros paquet noueux.

A la jambe, énormes varices qui échappent à toute description.

Le 16 mars 1907. *Anastomose saphéno-fémorale.* par M. Delbet. L'opération se fait correctement, mais au moment où on élève la bande d'Esmarch, il semble que la circulation ne se fait pas bien dans la saphène. Il y a une coudure au niveau du gros paquet variqueux de la cuisse. On libère sur une étendue de 2 à 3 centimètres la veine flexueuse et on acquiert la certitude que la circulation se fait. Il n'est pas sûr d'ailleurs qu'elle ne se faisait pas avant. La différence de volume entre

le bout central énorme et le bout périphérique très petit avait donné cette impression, mais il n'est pas étonnant qu'après l'anastomose le bout périphérique ne se soit plus dilaté.

Extirpation du bout supérieur de la saphène qui est de dimensions extraordinaires et présente quelques anastomoses.

Suites opératoires normales.

Le 10 avril 1907, La saphène n'est plus visible à la cuisse.

A la jambe, on voit quelques veines qui se distendent dans la station debout, mais rien de comparable à ce qui existait auparavant.

Le malade, très craintif, ose à peine marcher. On lui ordonne de faire de grandes promenades. D'ailleurs chez lui l'effet de la marche est très manifeste.

Le 20 avril 1907. Très bon résultat. Les veines de la jambe à leur maximum de distension ont un volume qui atteint à peine celui d'un mince porte-plume. Le malade convient qu'il peut faire de longues promenades sans rien ressentir, mais il reste très craintif.

OBSERVATION n° 15. — Louis W..., 24 ans, employé, entre à l'hôpital le 22 avril 1907 pour d'énormes varices des deux jambes.

Voir la première partie de l'observation, page 133.

Opération le 26 août 1907. Anastomose saphéno-fémorale, par M. Pierre Delbet.

Incision à la face interne de la cuisse sur un gros paquet variqueux que l'on dissèque. On cherche le

bout supérieur de ce paquet variqueux, on constate qu'il se jette dans la saphène qui, elle, est saine. Résection du paquet variqueux. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Extirpation du bout supérieur de la saphène.

Ablation des fils le 11 mai 1907. Désunion partielle de deux points par suite de petits hématones sous-cutanés.

Le 18 mai, on refait une nouvelle suture dans les deux points désunis.

Les fils sont enlevés le 25 mai.

Revu le 6 mars 1910. — Le malade se déclare satisfait du résultat obtenu : depuis l'opération, il s'est astreint à faire chaque jour un peu d'exercice, il porte des bandes de crêpes roulées autour des jambes.

Il marche, sans fatigue, deux heures chaque jour et il grimpe aisément deux fois par jour de la gare Saint-Lazare à Montmartre. Il dit lui-même : « Ceux qui me voient marcher dans la rue ne se doutent certainement pas que j'ai des varices. » Il n'a jamais d'œdème des jambes. C'est tout au plus si, lorsqu'il fait très chaud, il éprouve un sentiment de lourdeur, encore n'est-il pas bien sûr que cette sensation se localise dans les jambes et soit due à ses varices.

Actuellement, lorsqu'il est debout, on ne voit plus de varices à la cuisse; à la partie moyenne de la cicatrice, il y a une petite dilatation veineuse du volume d'un gros pois qui semble être la terminaison de la saphène qui plonge à ce niveau dans la profondeur. En arrière de la cicatrice, on suit deux ou trois petites

veines ascendantes peu volumineuses, mais représentant une certaine tension.

A la jambe, sur la face interne, il y a encore des veines dilatées et flexueuses assez nombreuses, et lorsque le malade reste un certain temps debout et immobile, elles acquièrent une certaine tension; mais il n'y a plus rien au niveau du condyle interne du fémur.

Ces veines se vident facilement sous l'influence des contractions musculaires; elles ne présentent pas d'impulsion à la toux. Elles se vident facilement par l'élévation du membre et ne se remplissent pas de haut en bas. Les varices qui existent à la jambe ne se remplissent manifestement que de bas en haut. Lorsqu'elles sont pleines et tendues, les plus grosses ont le volume d'un crayon, mais la facilité avec laquelle elles se vident lorsque le malade fait quelques mouvements ou lorsqu'on élève le membre est tout à fait remarquable. On a l'impression que ces veines ont une paroi très musculaire qui se contracte activement.

OBSERVATION n° 16. — François P..., 51 ans, imprimeur en taille douce, entre à l'hôpital pour se faire opérer de varices de la jambe droite.

Il a été exempté du service militaire pour pieds plats. Il est porteur de deux hernies inguinales assez volumineuses.

Les varices ont apparu du côté droit il y a vingt ans environ et ont augmenté progressivement. Elles occasionnent pendant le travail debout quelques picotements, élancements et fourmillements.

Il y a cinq ans, un large ulcère s'est produit au niveau de la moitié inférieure de la face externe de la jambe; il occupait toute la largeur de cette face; il a duré cinq à six mois.

Le 11 septembre dernier, une rupture de varice superficielle avec hémorragie assez abondante s'étant produite, le malade vient à la consultation de Laënnec, puis entre à l'hôpital.

Du côté gauche, les varices sont légères : il y a seulement à l'origine de la saphène interne, en avant de la malléole interne et à la partie supérieure du dos du pied, des dilatations flexueuses surtout marquées après la marche.

À droite, il y a plusieurs dilatations veineuses. Un paquet allongé de 8 à 10 centimètres siège à la partie inférieure de la face interne de la cuisse, dirigé en bas et en arrière. Un autre paquet de même étendue se trouve au niveau du mollet, à la moitié supérieure de la face interne de la jambe. Dans le creux poplité en arrière et en dedans de la tête du péroné, on trouve un lac veineux, régulièrement arrondi. Cette ampoule qui fait sous la peau une saillie bleuâtre, visible entre la tête du péroné et la ligne médiane, présente un diamètre de 20 millimètres environ; il s'en détache une veine flexueuse et dilatée peu apparente.

On trouve encore près des deux malléoles, au niveau du coup-de-pied et sur le dos du pied, sur la face externe de la jambe, quelques dilatations veineuses.

Nulle part la paroi veineuse ne présentait d'induration.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont manifestes :

l'impulsion à la toux existe au paquet fémoral, manque au paquet jambier et dans le creux poplité. Les varices se remplissent nettement de haut en bas.

Opération le 20 septembre 1907. — Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Hémostase médiocre rendant l'opération difficile. Résection du bout supérieur de la saphène dans lequel vient se jeter une veine anastomotique volumineuse, dirigée vers la face postérieure de la cuisse. Elle est liée et sectionnée.

Le 1^{er} octobre 1907. — Ablation des fils, réunion parfaite. Il y avait une grosse phlyctène séro-sanguinolente à la partie inférieure de la cicatrice.

Le malade sort guéri le 14 octobre. Le volume de ses varices est diminué d'au moins un tiers et n'augmente guère dans la station debout.

Au mois de juillet 1911, ce malade revient. Depuis quelques mois, il souffre de nouveau de sa jambe, un ulcère s'est reformé à la partie supérieure et interne. Les veines encore dilatées sont irrégulières et présentent des phlébolithes.

Opération le 13 juillet 1911. On découvre d'abord la saphène aussi haut que possible au point où elle plonge sous le couturier; on isole d'abord une veine pas très grosse et on la coupe pour s'assurer de sa perméabilité : le bout supérieur donne une forte hémorragie, il est pincé et lié, la veine est alors disséquée; elle se divise en collatérales sur le côté interne du genou.

On trouve alors en arrière une autre veine plus grosse qui est la saphène, on la suit jusqu'à sa partie supérieure où on la lie après s'être assuré de la perméabilité du bout supérieur qui donne beaucoup de sang. On la dissèque

alors le long de la partie inférieure de la cuisse et sur la jambe où elle donne quelques collatérale variqueuses et en bas à droite en plusieurs branches. Ces veines étaient d'ailleurs très altérées et se déchiraient facilement.

Suture au fil d'argent.

Ablation des fils le 25 juillet. Guérison sans incidents.

Revu le 28 octobre 1912. Le malade est très satisfait du résultat obtenu ; il ne souffre pas de sa jambe opérée ; elle ne présente ni œdème, ni ulcère.

Quand il est debout, on voit encore des veines dilatées à la jambe dans le domaine de la saphène interne et de la saphène externe, mais elles sont peu considérables et peu tendues ; elles se vident bien en quelques pas.

A la partie supérieure de la cuisse, il y a un paquet variqueux, tendu, présentant manifestement du frémissement et de l'impulsion. D'ailleurs, la cicatrice ne remonte pas tout à fait assez haut ; on perçoit une petite dilatation au niveau de la crosse de la saphène ; il est certain qu'il y a là une petite récidence avec insuffisance valvulaire.

Du côté gauche, non opéré, il y a des varices nettes, tendues, avec signes d'insuffisance manifestes, impulsion sur la saphène interne. Le malade en souffre ; sa jambe présente de l'œdème le soir : il y a un petit ulcère derrière la malléole interne.

OBSERVATION n° 17. — Etienne D..., 49 ans, scieur de bois, entre à l'hôpital le 4 décembre 1907, pour des varices du membre inférieur droit.

Il a été réformé pour un orteil en marteau.

Il ignorait complètement qu'il eût des varices, et ne s'en est aperçu qu'au moment de l'apparition d'un ulcère, il y a cinq ans. A la suite d'un coup reçu sur la partie antérieure se forma une plaie qui dura plus d'un an et finit par guérir spontanément.

Actuellement la région où siégeait l'ulcère est fortement pigmentée et on y retrouve, en dehors de la crête du tibia, une petite dépression linéaire où la peau est encore ulcérée.

La marche était restée facile et le malade ne s'occupait pas de ses varices, ne ressentait que quelques démangeaisons. Mais depuis quelques mois, il éprouve au niveau de l'ancien ulcère des douleurs plus vives et il se décide à entrer à l'hôpital.

Il y a des varices sur les deux membres inférieurs.

A droite, il existe de gros paquets variqueux, tendus, fluctuants et réductibles. Ils sont surtout à la face antéro-interne de la jambe, beaucoup moins marqués à la face externe; à la face postérieure, la saphène externe est régulièrement dilatée. A la cuisse, on sent la saphène interne dilatée et noueuse dans ses deux tiers inférieurs; il existe une impulsion nette à la toux.

A gauche, il existe à la jambe de très grosses varices dont la disposition est analogue à celles du côté droit; mais elles sont plus développées au côté externe. A la partie externe du genou, un gros paquet variqueux remonte oblique en haut et en dedans sur la face postérieure où il disparaît brusquement à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de la cuisse.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont très nets.

Opération le 19 décembre 1907. — Anastomose

saphéno-fémorale. Du côté droit incision habituelle à la face interne de la cuisse. On tombe sur une veine de petit calibre qui se bifurque dans l'angle inférieur de la plaie. Cette veine présente avant sa bifurcation une valvule suffisante. Elle est gonflée de sang au-dessus, affaissée au-dessous. La saphène est trouvée à 3 centimètres environ en dehors et plus profondément. Ligature de la saphène à la partie supérieure de la plaie. Section en biseau immédiatement au-dessous. On passe en dedans du couturier.

Incision de la paroi antéro-interne de la gaine vasculaire. La veine fémorale est pleine de sang. Dissection; deux forts catguts sont passés sous chaque extrémité de la portion libérée et tendus pour rendre plus superficielle la veine fémorale et faire l'hémostase.

Incision de la veine; suture saphéno-fémorale à la manière ordinaire. La suture terminée, un point antéro-inférieur saigne en petit jet (orifice de l'aiguille); une compression légère réalise rapidement une hémostase complète. Résection du bout supérieur de la saphène interne.

Avant d'enlever le garrot, on a placé un point supplémentaire entre le point cardinal supérieur et l'origine du surjet postérieur qui en était un peu éloignée.

Au début de l'opération, les branches veineuses ont été enduites de vaseline.

Ablation des fils le 30 décembre. Réunion parfaite.

Le malade quitte l'hôpital le 16 janvier 1908.

Les varices de la jambe droite ont beaucoup diminué dans toute leur étendue, on perçoit plus la dilation de la saphène interne que par la palpation, le paquet vari-

queux de la face interne du genou est légèrement douloureux. Mais il n'y a là ni empâtement, ni coloration de la peau. Le prurit a presque complètement disparu.

Du côté gauche, les varices ont aussi légèrement diminué.

Les signes d'insuffisance valvulaire ont disparu.

OBSERVATION n° 18. — Gustave F..., 39 ans, charretier, entre à l'hôpital le 20 décembre 1908 pour des varices énormes et eut plusieurs fois des hémorragies.

Chez notre malade, les varices ont apparu, il y a cinq ou six ans. Il a toujours continué son travail sans se soigner et d'une année à l'autre, les varices ont augmenté.

Il y a deux ans, il eut une première hémorragie qu'il arrêta lui-même avec un pansement compressif. Depuis il porte une bande de toile roulée. L'hémorragie se produisit sur la face interne de la jambe près du bord antérieur, à quatre travers de doigt au-dessus de la malléole interne; un point bleuâtre était apparu au niveau d'une varice.

Un jour en marchant, le malade sentit sa jambe mouillée et la vit pleine de sang; dans les jours suivants, la jambe était raide, il ne put marcher.

Deuxième hémorragie le 19 décembre 1908, pour laquelle il vient se faire soigner.

Entre temps, il eut des ulcères : on compte sur sa jambe au moins vingt cicatrices, à contours réguliers : la peau qui les recouvre est blanche et mince, et les téguments voisins sont au contraire fortement pigmentés

en brun,, un peu épais, ridés, desquamant par endroits. Une petite vésicule apparaissait, dit le malade, elle crevait et ainsi se constituait l'ulcère.

Il éprouve toujours le soir une sensation de lourdeur pénible et de fortes crampes.

On sent à la palpation, difficilement, quelques cordons variqueux. Au niveau de la face interne du genou, un gros paquet variqueux. Au niveau de la crosse de la saphène une grosse tumeur du volume de la pulpe du pouce diminuant par le repos.

Signes d'insuffisance manifestes : les veines se distendent beaucoup dans la station debout.

Opération le 4 janvier 1909. — Anastomose saphéno-fémorale du côté droit. Bande d'Esmarch. Garrot à la racine du membre. Incision oblique à la partie moyenne de la cuisse. Le garrot placé un peu bas forme un bourrelet qui gêne beaucoup pour la recherche des vaisseaux, on trouve assez facilement la saphène qui est liée et coupée à la partie supérieure de l'incision puis isolée sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Puis recherche de la veine fémorale qui n'est pas complètement vide de sang. Incision longitudinale de la veine fémorale sur une longueur de 1 centimètre; il s'écoule une certaine quantité de sang. Lavage au sérum.

L'écoulement sanguin arrêté, on commence le suture, après avoir coupé en biseau la saphène épaissie et rétractée. On place les quatre points cardinaux; la suture est rendue un peu difficile par la profondeur de la veine fémorale, et par le sang qui s'écoule et nécessite plusieurs lavages au sérum. Les quatre points cardinaux placés, on fait les surjets intermédiaires. Lorsqu'on

et des plaques où la peau est mince et rosée. Sur la face interne du tibia, on suit deux ou trois gouttières correspondant au trajet des veines lorsque le malade est couché.

Au lit une seule veine variqueuse apparente part derrière le condyle du tibia et descend oblique en bas et en avant, sinueuse, vers la partie supérieure de la plaque pigmentée qui remonte un peu au-dessus de la partie moyenne de la jambe.

Debout, sur le trajet de la veine, se dessinent une série de bosselures à la surface desquelles la peau est brunâtre; quelques petites veines un peu dilatées se voient au-dessous sur la face interne de la jambe, la tension n'est pas très considérable. On suit la saphène jusqu'à la partie inférieure de la cicatrice où elle plonge dans la profondeur. Pas d'impulsion. La veine paraît avoir des parois très faibles; elle ne revient pas sur elle-même après évacuation. On sent à sa place une gouttière.

Au bout de quelques jours, les signes de phlébite devinrent nets; il y eut de la rougeur et de la pigmentation sur le trajet de la saphène, les phénomènes ne furent à aucun moment très intenses: cependant, avant l'opération, on percevait très bien de place en place des indurations de véritables phlébolites.

Résection le 22 juin 1911.

Incision à partir du milieu de la cuisse jusqu'au tiers supérieur de la jambe. Ligature de la saphène interne au niveau de l'ancienne anastomose. Excision du tronc de la saphène jusqu'au tiers supérieur de la jambe et d'une collatérale jambière extérieure très flexueuse

et très dilatée. Ligature de quatre collatérales. Suture de la peau. Bonne réunion. Le malade quitte l'hôpital le 8 juillet 1911.

OBSERVATION 19. — Albert P..., 34 ans, garçon de cuisine, vient à l'hôpital parce qu'il a des varices du membre inférieur droit.

Il y a cinq ans, il s'est aperçu qu'il avait « les veines gonflées »; il éprouvait par moments une sensation de raideur dans la jambe et avait remarqué un certain gonflement du cou-de-pied. Mais il avait pu sans gêne continuer son travail.

Le 15 janvier dans l'après-midi, en travaillant, il perçoit tout à coup une sensation de chaleur et d'humidité dans la chaussure; il constate que c'est une veine qui saigne au-dessous du genou, à 4 centimètres au-dessous de la pointe de la rotule un peu en dehors de la crête du tibia. L'hémorragie s'est arrêtée spontanément.

Le 16 janvier, il entre à la Charité, dans le service de M. le professeur Reclus qui lui propose une opération et l'envoie à Laënnec.

Les varices occupent toute la face interne de la jambe sur le trajet de la saphène interne au tiers inférieur; ce sont des varicosités; la peau est fortement colorée en bleu par une multitude de petites veines dilatées. Plus haut, il existe deux gros paquets variqueux, siégeant l'un à la face interne de la jambe, l'autre au-dessous de la rotule.

A la face interne de la cuisse jusqu'au tiers moyen,

on sent la saphène comme un cordon mou renflé par places par de petites dilatations grosses comme des œufs de pigeon.

Quand on met le malade debout, les paquets variqueux augmentent de volume. Ils se vide complètement lorsqu'il est couché, et qu'on élève le pied. On ne sent pas d'impulsion à la toux, mais le reflux de haut en bas est manifeste.

Opération le 1^{er} février 1909. — Anastomose saphéno-fémorale. Le sujet étant très gros, il est assez difficile de trouver la veine saphène interne et de la suivre dans le tissu graisseux.

Puis on découvre la veine fémorale. On place deux petites pinces sur la veine fémorale et on incise entre les deux. Section oblique de la veine saphène. Il est impossible de faire une hémostase complète de la veine fémorale, mais on constate qu'en approchant le bout de la saphène de la veine fémorale, la saphène est un peu tendue. On est obligé de poursuivre sa dénudation un peu plus bas. Anastomose termino-latérale. Suture circulaire à la soie fine. Réunion de la peau au fil d'argent après excision de quelques centimètres au bout supérieur de la saphène.

Dans les deux jours suivants, un paquet variqueux au niveau de la face interne de la jambe est devenu tendu et douloureux.

6 février. — Ce paquet reste volumineux, mais la douleur a disparu.

12 février. — Ablation des fils; réunion parfaite.

17 février. — Le malade commence à se lever; le paquet variqueux induré diminue de volume mais persiste

toujours. Quand le malade est debout, les varices n'apparaissent pas.

23 février. — Le malade quitte l'hôpital pour aller à Vincennes.

OBSERVATION 20. — Jules V..., 41 ans, camionneur, entre à l'hôpital pour des varices de la jambe droite. Ces varices existent depuis vingt ans; ce sont des cordons réguliers à la partie interne et un peu à la partie externe de la jambe.

Il y a trois ans, à la suite d'un coup de pied de cheval, ces varices se sont rompues. Un peu de sang suintait par un orifice veineux, toujours le même, particulièrement lorsque le malade était fatigué à la fin de ses journées de travail. La jambe était un peu enflée.

En deux mois environ, un ulcère s'est formé de plus en plus profond, pour lequel le malade s'est fait soigner à Saint-Louis pendant deux ans et demi. L'ulcère ne s'est jamais complètement cicatrisé; il restait toujours une plaie de 2 centimètres de diamètre, qui s'élargissait dès que le malade se levait.

Au mois de décembre 1908, il fut soigné à Necker et, de nouveau, la plaie se rétrécit sans se cicatriser complètement.

Il reprit son métier pendant trois semaines : au bout de ce temps, la jambe avait de nouveau enflé, le malade était devenu impotent, ne pouvant plus fléchir le genou. L'ulcère s'était agrandi. Il rentre à Necker le 23 avril 1909.

La jambe est très œdématiée, le doigt y fait avec

facilité un godet profond. A la partie interne et inférieure de la jambe, il existe une ulcération s'étendant d'environ 10 centimètres au-dessus de la malléole et englobant celle-ci, les bords de cette plaie ovale sont épaissis; le fond en est rouge vif.

A la cuisse, peu de varices, les paquets commencent à la face interne du genou et se prolongent à la face interne de la jambe. Signes d'insuffisance valvulaire manifestes. Quelques indurations dans les parois veineuses à la face interne de la jambe et du genou.

Opération le 17 mai 1909. Anastomose saphéno-fémorale. Bande d'Esmarch. Incision à la partie moyenne de la face antéro-interne de la cuisse. La saphène est mise à nu. Elle présente de nombreuses collatérales qui sont liées et sectionnées. Elle est sectionnée en biseau.

Ouverture de la veine fémorale au-dessous du point où elle est croisée par le muscle couturier. Suture de la saphène à la fémorale. Pose de quatre points cardinaux au fil de lin. Suture en surjet des bords des parois veineuses. Suture de la peau sans drainage.

Le 28 mai. — Ablation des fils. Réunion parfaite.

Le 30 juin. — Le malade sort de l'hôpital. Les varices ont beaucoup diminué, mais il persiste encore un ulcère circulaire du diamètre d'une pièce de 5 francs.

Il revient à l'hôpital le 27 octobre 1909.

Dès qu'il a repris son travail, l'ulcère s'est de nouveau agrandi jusqu'à dépasser même les dimensions qu'il avait autrefois. De plus le malade ressent des douleurs assez vives au niveau de la face interne de la jambe, non seulement pendant la station debout et la marche, mais

même dans la nuit, au point d'empêcher le sommeil. Il existe un peu d'œdème et une gêne fonctionnelle considérable du membre.

A la palpation, on sent à la face interne de la jambe et du genou, des veines variqueuses, dures, douloureuses, manifestement phlébitiques.

Opération le 12 novembre 1909. — Incision longitudinale à la partie inférieure de la cicatrice ancienne. Découverte de l'extrémité supérieure de la saphène. La section montre un épaississement considérable des tuniques; il ne coule pas de sang. Le stylet introduit dans la lumière profondément, c'est-à-dire certainement dans la fémorale ne rencontre pas d'obstacle. Lorsqu'on le retire, il s'écoule une goutte de sang. L'expérience répétée deux fois a donné le même résultat. Il semble qu'il y ait une coudure faisant office de valvule. Ligature du bout supérieur au point où il s'engage sous l'aponévrose.

Prolongement de l'incision suivant le trajet de la saphène interne, jusqu'au niveau de la partie supérieure de la jambe, c'est-à-dire environ à 5 centimètres au-dessus de l'ulcération. Dissection de la saphène et ligature de ses collatérales; à la partie inférieure la dissection est difficile à cause de nombreux tractus fibreux. La veine est à cet endroit thrombosée. Suture sans drainage.

Ablation des fils le 22 novembre. Réunion parfaite.

Sorti le 14 février 1910. L'ulcère n'était pas encore complètement cicatrisé. Il s'est à nouveau agrandi. Le malade ne pouvant plus travailler a fini par réclamer l'amputation.

On a pratiqué l'amputation de jambe au lieu d'élection.

Plus tard des troubles trophiques se sont produits sur le moignon ; on a dû refaire une amputation de la cuisse.

OBSERVATION n° 21. — Louis G..., 49 ans, journalier, entre à l'hôpital Necker, le 26 avril 1909, pour des varices qui sont survenues progressivement depuis quatre ans aux membres inférieurs.

Il a eu déjà un ulcère variqueux sur le mollet gauche ; au bout de six mois cet ulcère s'est cicatrisé.

Actuellement il présente encore une lésion cutanée à la partie supérieure et interne de la jambe gauche depuis cinq mois.

Le soir, les deux jambes sont le siège d'un œdème considérable et de douleurs profondes qui empêchent la marche.

Opération le 4 juin 1909. — Anastomose saphéno-fémorale par M. Delbet. Côté droit. Bande d'Esmarch. Incision à la partie moyenne de la cuisse. Dissection de la saphène interne sur toute la hauteur de l'incision. Elle est volumineuse, située à environ 1 centimètre en arrière de l'incision.

Recherche de la veine fémorale difficile à trouver parce que le sujet est gras ; après avoir récliné le couturier, on ne trouve la veine qu'après plusieurs collatérales.

Anastomose par le procédé ordinaire au fil de lin. L'hémostase par la bande d'Esmarch n'est pas tout à fait complète.

Réséction du bout supérieur de la saphène qui présente trois collatérales liées et coupées. Ligature du bout central et suture.

Le 15 juin. — Ablation des fils; il y a une petite désunion à la partie moyenne de l'incision.

Le 25 juin. — Réunion parfaite.

30 juin. — On fait lever le malade. Même quand il est debout depuis quelques minutes, alors que du côté gauche il a des varices très volumineuses, du côté droit on ne remarque aucune saillie.

A la palpation, on sent la saphène interne comme un cordon dur et à la partie moyenne du mollet il y a une petite saillie dure légèrement douloureuse.

5 juillet. — Le malade a une légère élévation thermique : petite poussée de congestion pulmonaire.

Le 20 juillet. — Extirpation de la veine saphène du côté gauche depuis le mollet jusqu'à la cuisse, par M. Iselin.

Sorti guéri le 2 août 1909.

OBSERVATION n° 22. — Marcellin L..., 26 ans, ouvrier des téléphones, entre à l'hôpital le 25 octobre 1909 pour être soigné de ses varices. Elles ont débuté au service militaire.

Il en existe des deux côtés, mais du côté gauche, il n'y a qu'une dilatation veineuse insignifiante : il y a surtout une tension manifestement exagérée.

Du côté droit, au contraire, lorsque le malade est debout, la saphène paraît dilatée à la cuisse; à la jambe on constate aussi un certain nombre de dilatations variqueuses et surtout un paquet assez volumineux situé derrière le bord interne du tibia, le long du triceps.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont manifestes, mais il n'y a pas d'impulsion à la toux.

Le malade se plaint seulement de ressentir de temps en temps des crampes très douloureuses lorsqu'il est debout depuis longtemps.

Opération le 29 octobre 1909. Anastomose saphéno-fémorale du côté droit par M. Delbet.

Bande d'Esmarch. Incision oblique à la partie moyenne de la cuisse. On trouve immédiatement une veine peu volumineuse, non variqueuse qui suivie à la partie supérieure, s'enfonce dans l'aponévrose et se jette directement dans la fémorale. La veine saphène interne elle-même est plus postérieure, beaucoup plus grosse et nettement variqueuse. Le bout inférieur de cette veine reçoit quatre petites collatérales : trois postérieures, une antérieure.

La veine fémorale est découverte facilement en réclinant en dehors le couturier. Elle est volumineuse et reçoit en ce point à sa partie externe une grosse collatérale. C'est immédiatement au-dessous de cette collatérale qu'on pratique l'anastomose par le procédé habituel. L'opération est rendue difficile par l'écoulement incessant du sang, la bande ayant été mal appliquée.

Suture de la partie inférieure de la plaie.

Réssection du bout supérieur de la saphène qui reçoit deux collatérales, une antérieure volumineuse, une postérieure plus petite.

Suture de la peau au fil d'argent.

Ablation des fils le 5 novembre. Réunion parfaite.

Sorti le 22 novembre 1909. Le malade marche très aisément, sans douleur. Lorsqu'il est debout, on voit

encore une petite ampoule veineuse qui semble située sur une collatérale derrière la saphène, au niveau de la jarretière et un peu au-dessus de la partie moyenne de la jambe, on sent encore un petit paquet de veines dilatées derrière le bord postérieur du tibia. Les autres varices ne sont plus visibles.

Toutes ces veines sont manifestement peu tendues, il en est de même de la saphène que l'on sent derrière le condyle interne et qui est beaucoup moins tendue que celle du côté opposé.

Revu le 21 février 1910, quatre mois après l'opération. Le malade est enchanté du résultat obtenu ; il marche bien et peut rester debout sans éprouver de douleurs et de crampes comme auparavant.

Lorsqu'il est debout, on ne voit plus de varices, les veines sont moins apparentes que du côté gauche, où il y a certainement une insuffisance valvulaire ; elles sont aussi beaucoup moins tendues : la comparaison est tout à fait frappante. On sent encore à la partie moyenne de la jambe, derrière le bord postérieur du tibia, un groupe de veines flexueuses mais peu tendues.

OBSERVATION 23. — Jean R..., 36 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 24 juin 1910 pour de volumineuses varices de la jambe droite avec ulcère. Les varices sont apparues vers l'âge de 14 à 15 ans, il fut réformé pour cette raison.

Il ressentait bien une fatigue plus grande dans le membre variqueux, mais jusqu'à ces derniers temps, il avait pu continuer son travail. Il y a deux ans, il reçut

un pavé sur la face interne du tibia droit ; une ulcération se produisit pour laquelle il dut séjourner deux mois à l'hôpital et qui finit par se guérir. En même temps apparut la pigmentation de la partie inférieure de la jambe. Il y a trois semaines, un nouvel ulcère se reforma.

La jambe droite présente des varices considérables avec une grosse dilatation ampullaire à la face interne du tibia, la saphène est dilatée et se dessine en long cordon arrondi jusque dans le triangle de Scarpa. On sent de place en place des indurations dans les parois veineuses.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont des plus nets.

L'ulcère siège à la partie externe de l'extrémité inférieure de la jambe.

Opération le 4 juillet 1910. — Bande d'Esmarch. Incision sur la face interne de la cuisse droite au niveau du trajet de la veine saphène interne. Découverte de la veine sur une longueur de 15 centimètres environ : ligature des collatérales. Section du tronc de la saphène.

Ouverture de la veine fémorale : anastomose suivant la technique habituelle.

Résection du segment supérieur de la saphène.

13 juillet, ablation des fils.

Sort le 30 juillet 1910, présentant encore des grosses veines avec de petites nodosités à la face interne de la jambe droite.

Porte un bas élastique.

Revu le 27 octobre 1912. Le résultat est excellent au point de vue fonctionnel, les douleurs ont disparu ; l'ul-

encore une petite ampoule veineuse qui semble située sur une collatérale derrière la saphène, au niveau de la jarretière et un peu au-dessus de la partie moyenne de la jambe, on sent encore un petit paquet de veines dilatées derrière le bord postérieur du tibia. Les autres varices ne sont plus visibles.

Toutes ces veines sont manifestement peu tendues, il en est de même de la saphène que l'on sent derrière le condyle interne et qui est beaucoup moins tendue que celle du côté opposé.

Revu le 21 février 1910, quatre mois après l'opération. Le malade est enchanté du résultat obtenu ; il marche bien et peut rester debout sans éprouver de douleurs et de crampes comme auparavant.

Lorsqu'il est debout, on ne voit plus de varices, les veines sont moins apparentes que du côté gauche, où il y a certainement une insuffisance valvulaire ; elles sont aussi beaucoup moins tendues : la comparaison est tout à fait frappante. On sent encore à la partie moyenne de la jambe, derrière le bord postérieur du tibia, un groupe de veines flexueuses mais peu tendues.

OBSERVATION 23. — Jean R..., 36 ans, terrassier, entre à l'hôpital le 24 juin 1910 pour de volumineuses varices de la jambe droite avec ulcère. Les varices sont apparues vers l'âge de 14 à 15 ans, il fut réformé pour cette raison.

Il ressentait bien une fatigue plus grande dans le membre variqueux, mais jusqu'à ces derniers temps, il avait pu continuer son travail. Il y a deux ans, il reçut

un pavé sur la face interne du tibia droit ; une ulcération se produisit pour laquelle il dut séjourner deux mois à l'hôpital et qui finit par se guérir. En même temps apparut la pigmentation de la partie inférieure de la jambe. Il y a trois semaines, un nouvel ulcère se reforma.

La jambe droite présente des varices considérables avec une grosse dilatation ampullaire à la face interne du tibia, la saphène est dilatée et se dessine en long cordon arrondi jusque dans le triangle de Scarpa. On sent de place en place des indurations dans les parois veineuses.

Les signes d'insuffisance valvulaire sont des plus nets.

L'ulcère siège à la partie externe de l'extrémité inférieure de la jambe.

Opération le 4 juillet 1910. — Bande d'Esmarch. Incision sur la face interne de la cuisse droite au niveau du trajet de la veine saphène interne. Découverte de la veine sur une longueur de 15 centimètres environ : ligature des collatérales. Section du tronc de la saphène.

Ouverture de la veine fémorale : anastomose suivant la technique habituelle.

Résection du segment supérieur de la saphène.

13 juillet, ablation des fils.

Sort le 30 juillet 1910, présentant encore des grosses veines avec de petites nodosités à la face interne de la jambe droite.

Porte un bas élastique.

Revu le 27 octobre 1912. Le résultat est excellent au point de vue fonctionnel, les douleurs ont disparu ; l'ul-

cère ne s'est jamais produit. Cet homme fait sans peine son métier de terrassier.

Au point de vue anatomique, le résultat est peu considérable : lorsque le sujet est debout, les veines restent volumineuses, peu tendues. La saphène du volume d'un gros crayon à la cuisse devient plus volumineuse et sinueuse à la jambe où se dessine un paquet assez volumineux sur la face interne. On la sent en haut plonger sous le couturier.

Aucune impulsion à la toux, pas de reflux de haut en bas, les veines se vident bien par la marche, mais il n'est pas sûr que l'anastomose fonctionne. La saphène se vide difficilement par des pressions exercées dans sa partie supérieure. La peau est un peu pigmentée à la partie inférieure de la jambe, mais tout à fait souple, aucun empâtement, aucun œdème.

OBSERVATION 24. — Francis R..., 30 ans, officier de marine, entre le 20 juillet 1910 pour des varices développées surtout à droite.

Elles sont apparues il y a quelques années, mais ont augmenté notablement depuis deux ans, à la suite d'un raid en ski ; le malade n'en éprouve pas de douleurs, mais il s'en inquiète au point de vue esthétique.

Cependant il présente déjà sur les jambes des taches pigmentées et particulièrement derrière la malléole interne du côté droit où les varices sont plus accusées, mais aussi du côté gauche, il y a même une tache pigmentée où la peau est amincie et paraît présenter quel-

ques adhérences profondes ; en somme, début de troubles trophiques variqueux.

Varices bilatérales, plus marquées à droite qu'à gauche.

A droite, on constate dans le triangle de Scarpa, sur le trajet de la saphène interne, une ampoule du volume d'une petite noix ; au-dessous, on sent la saphène tendue lorsque le malade est debout, elle est d'ailleurs dilatée au-dessus et au-dessous de l'ampoule. On la perd un peu à la partie moyenne de la cuisse ; elle est de nouveau dilatée à la partie inférieure et présente une ampoule derrière le condyle interne.

A la jambe, on sent très nettement le tronc de la saphène distendue, gros comme un gros crayon et d'où se détachent de nombreuses branches variqueuses qui acquièrent pendant la station debout une tension considérable. Les varices sont très nettement localisées au territoire de la saphène interne.

L'impulsion à la toux est très manifeste, très marquée au niveau de l'ampoule située derrière le condyle interne. Les varices se vident bien par élévation du membre lorsqu'on met un lien élastique, lorsqu'on fait lever le malade et qu'on enlève le lien, les veines se remplissent assez lentement.

L'influence de la marche est très manifeste, les varices acquièrent une tension considérable lorsque le malade reste debout immobile. Après quelques pas, les varices ont un peu diminué de volume, mais la tension a considérablement diminué.

Lorsque, les varices étant tendues par la station debout, on place un lien élastique à la partie moyenne

de la cuisse et qu'on fait marcher le malade, les varices sous-jacentes se vident et disparaissent presque complètement en quelques pas. Il semble donc qu'il y ait de larges anastomoses profondes et que, d'autre part, le reflux saphénien soit assez considérable même pendant la marche.

Il semble aussi que les veines aient une bonne paroi musculaire, il n'y a d'ailleurs pas trace de phlébite.

Du côté gauche, les varices sont également bien localisées au territoire de la saphène interne; la saphène est un peu dilatée à la partie supérieure de la cuisse; on la sent bien à la partie inférieure.

Branches veineuses dilatées assez nombreuses à la face interne du genou et de la jambe, mais un peu moins volumineuses que du côté opposé.

Opération le 22 juillet 1910. — Chloroforme. Bande d'Esmarch. Incision sur la face interne de la cuisse droite au niveau du tiers moyen de la face interne de la cuisse, sur le trajet de la veine saphène interne. Libération de cette veine sur un trajet de 10 centimètres; ligature des collatérales. Section de la saphène en bec de flûte. Découverte de la veine fémorale; ouverture longitudinale de cette veine. Anastomose suivant la technique habituelle.

Extirpation du segment supérieur de la saphène.

1^{er} août, ablation des fils.

11 août, les varices ont diminué d'environ moitié de leur volume.

12 août, le malade quitte l'hôpital en bon état.

OBSERVATION 25. — Léon Ch..., 25 ans, garçon marchand de vins, entre à l'hôpital le 4 janvier 1911. Les varices ont apparu il y a sept ou huit ans. Le malade s'en est aperçu par hasard, il ne ressentait aucune douleur. Il a fait son service militaire dans l'infanterie et a été réformé après avoir subi une laparatomie pour coup de pied de cheval dans l'abdomen. Pendant son service militaire et depuis, il n'a éprouvé aucune gêne du fait de ses varices. Il a seulement un peu d'œdème de la jambe, le soir.

Lorsqu'il est debout, pas de varices appréciables à gauche. A droite, on voit le tronc de la saphène faire saillie au tiers inférieur de la cuisse; au niveau du bord supérieur de la rotule, se détache de la saphène une veine dilatée très flexueuse qui se dirige obliquement en bas et en avant vers la tubérosité antérieure du tibia. Sur la face interne de la jambe, il y a un lacis de veines dilatées et flexueuses plus abondantes en haut qu'en bas. En arrière, à la partie moyenne de la jambe, une grosse veine contourne le jumeau interne et va disparaître sur la partie moyenne du mollet. Une autre, au-dessus, non visible, mais perceptible au palper présente le même trajet.

La saphène interne est perceptible au palper dans tout son trajet fémoral; dans les deux tiers inférieurs, elle n'est pas dilatée, mais très fortement tendue; dans la partie supérieure, elle paraît plus volumineuse, variqueuse.

Lorsque le malade est debout pendant un certain temps, les veines présentent une tension considérable.

L'impulsion à la toux est sensible sur la saphène

jusqu'à la partie inférieure de la cuisse. A la partie supérieure, le doigt appliqué sur les veines perçoit au moment de la toux un frémissement très net.

Lorsqu'on fait la manœuvre de Trendelenburg, les veines se remplissent manifestement de haut en bas, mais pas d'une façon très rapide.

Lorsque le malade est debout depuis quelque temps, la tension dans les varices devient considérable; si on le fait marcher, la tension diminue beaucoup, mais le volume peu.

L'influence de la marche est beaucoup plus nette lorsqu'on supprime le reflux de haut en bas par un lien élastique. Lorsque les varices étant tendues par la station debout, on met un lien élastique à la partie moyenne de la cuisse et qu'on fait marcher le malade, en quelques pas, les varices se vident complètement et disparaissent.

Il est facile de se rendre compte que cette évacuation se fait par les veines communicantes au niveau de la jambe. En mettant deux liens élastiques, l'un à la partie moyenne de la cuisse, l'autre à la partie supérieure de la jambe, et en faisant marcher le malade, on voit se vider complètement les varices de la jambe tandis que le paquet intermédiaire aux deux liens sur la face interne du genou reste presque aussi tendu.

Le 7 janvier 1911. — Exploration de la pression artérielle au moyen de l'oscillomètre de Pachon.

1° Malade couché.

MEMBRE GAUCHE MEMBRE DROIT

Maxima	17	16 1/2
Minima	9	10-11



Les pulsations sont manifestement beaucoup plus fortes du côté gauche que du côté droit, ce fait se traduit par l'amplitude des oscillations, qui est nettement beaucoup plus grande à gauche (6 1/2 — 15) qu'à droite (6 1/2 — 12).

2° Malade debout.

Maxima	23	22-23
Minima	?	?

Exploration impossible, les oscillations maxima sont autour de vingt, dans les chiffres moyens; au-dessous de vingt, il n'y a plus que des oscillations minimales presque inappréciables. Ce fait est dû à la contraction des muscles; de plus, influence de la hauteur de la colonne sanguine.

MEMBRE GAUCHE MEMBRE DROIT

Maxima	20-21	20-21
Minima	14-15-16	15-16

De cette attitude, les pulsations sont nettement moins fortes à gauche qu'à droite.

C'est l'inverse de ce qui se passe dans la position couchée.

4° Malade couché, jambe élevée.

Maxima	14-15	14-15
Minima.....	6-7	7-8

Opération le 13 janvier 1191.

Bande d'Esmarch. Incision du côté externe de la cuisse sur le trajet de la saphène qui est facilement découverte, elle n'est pas dilatée; on la dissèque et on

l'isole sur une dizaine de centimètres. Section oblique a la partie supérieure de la plaie.

Recherche de la veine témorale; on est obligé de mettre au-dessus et au-dessous deux pinces de Crile; on en place aussi sur la saphène.

Anastomose suivant la technique habituelle.

Extirpation du bout supérieur de la saphène, deux ligatures sur de petites collatérales dans le trajet ascendant de la veine; plusieurs collatérales se dirigeant en haut et en dedans en bouquet au niveau de la crosse sont liées. Ligature et section de la saphène, suture.

23 janvier, ablation des fils.

Sort le 5 février.

OBSERVATION 26. — Jules M..., 54 ans, peintre, entre à l'hôpital Necker le 22 novembre 1911 pour des varices du membre inférieur gauche. Ses varices ont débuté à l'âge de 13 ans; à ce moment sont survenus une hémorragie et un petit ulcère à la partie postérieure et inférieure du mollet. D'abord peintre en bâtiments, cet homme a dû changer de métier et est devenu peintre sur porcelaine. Il travaille debout; il a des ulcères depuis très longtemps. Actuellement il a un ulcère rétro-malléolaire qui était cicatrisé depuis six ans.

Il a été opéré en janvier 1906 à l'hôpital Beaujon, on lui a fait probablement des ligatures, une à la partie supérieure de la jambe et une circonvallation de l'ulcère. L'opération ne l'a pas beaucoup soulagé : il n'y a pas eu de diminution des varices. L'ulcère était resté guéri depuis l'opération, mais depuis quinze jours, à la suite de fatigues excessives, il est reparu.

Lorsque le malade est debout, on sent et on voit la saphène depuis sa partie supérieure jusqu'à la partie inférieure de la cuisse; son volume est celui du petit doigt. A la partie inférieure de la cuisse, elle présente une ampoule du volume d'une noix. Au-dessous, il y a tout un lacis de veines variqueuses occupant la face interne de la jambe. Quelques-unes filent sur la face postérieure du mollet dans le territoire de la saphène externe. Une autre veine variqueuse passe en avant devant le tendon rotulien et file en dehors.

A droite il n'y a rien.

L'impulsion au moment des efforts de toux est très nette, non seulement sur la saphène, mais même en bas de la jambe.

L'influence de la marche est des plus manifestes : sans lien, on observe une légère diminution de tension sans diminution de volume. Avec un lien à la partie moyenne de la cuisse, la diminution de volume est très marquée, les varices disparaissent presque complètement en quelques pas. Lorsque le lien est placé à la partie supérieure de la jambe, les varices situées au-dessous se voient; celles qui sont placées au-dessus ne changent pas.

Les varices se voient très facilement par l'élévation du membre et disparaissent complètement. Les veines paraissent bien contractiles; on n'y sent pas de phlébolithes; il y a cependant un point dur à la jambe au niveau d'une des cicatrices.

Le malade raconte que son père avait aussi des varices à la jambe gauche. Il a un frère et une sœur qui ont aussi des varices et également à la jambe gauche.

de mi-litre de sang et à la suite de cette rupture, le cou-de-pied reste enflé pendant huit jours.

Puis l'œdème disparaît. La malade porte des bas à varices, mais elle continue à souffrir quand elle marche; les varices deviennent volumineuses le soir et la partie inférieure de la jambe est œdémateuse. Elle se plaint de démangeaisons et de picotements dans le pied.

Quand la malade est couchée, les dilatations variqueuses sont peu apparentes; elles paraissent avoir une distribution un peu irrégulière et siègent surtout à la face antérieure de la cuisse.

A droite, il semble qu'il n'y ait qu'une veine atteinte; elle se bifurque, une branche allant vers le creux poplité, l'autre vers la partie antérieure de la jambe. A gauche le trajet est moins bien marqué.

Lorsqu'on vide ces veines par élévation du membre, elles s'aplatissent, mais ne reviennent pas sur elles-mêmes; elles ne se contractent pas; elles dessinent des sortes de gouttières bleuâtres à l'aspect cicatriciel, gaufré.

Lorsqu'on met un lien à la partie moyenne de la cuisse et qu'on fait lever le malade, les veines situées au-dessus du lien se dilatent; dès qu'on lâche le lien, les veines situées au-dessous se remplissent par reflux de haut en bas; elles ne sont pas très tendues.

Avec un lien à la partie moyenne de la cuisse, les veines se vident rapidement pendant la marche.

Au moment des efforts de toux, on sent et on voit l'impulsion.

1^{re} Opération le 18 décembre 1911. — Incision sur le trajet de la saphène interne à droite: on découvre d'a-

bord la saphène interne qui n'est pas très volumineuse, on la dissèque dans le triangle de Scarpa, puis on remonte en haut vers la crosse, on découvre et on lie les honteuses et la tégumenteuse abdominale, puis on constate que, du flanc externe de la saphène, se détache au niveau de la crosse une veine volumineuse. On dissèque cette veine d'où part vers la pointe du triangle de Scarpa une autre veine, celle-là non variqueuse. Un peu plus loin elle se divise en deux. Ces deux veines sont liées et coupées. On poursuit la dissection de la saphène jusqu'au milieu de la cuisse; on la lie et on la coupe à ce niveau.

Le 7^e jour hématome qui est évacué.

Ablation des fils le 27. Sort guérie le 22 janvier 1911.

Elle revient à l'hôpital le 26 mars 1912, se plaignant de douleurs dans la jambe gauche. Elle ne souffre plus du tout de la jambe opérée, mais dès qu'elle reste longtemps debout, elle souffre de la jambe gauche, qui le soir devient fortement œdémateuse.

La malade étant debout, on ne constate aucune dilatation variqueuse à la partie supérieure de la cuisse; une veine dilatée se dessine à la partie inférieure et interne filant en avant. A la surface, la peau présente des vergetures. D'autres veines assez nombreuses sont visibles à la face interne du mollet. A la palpation, elles sont assez fortement tendues; les plus grosses ont bien le volume du doigt. On n'y sent pas d'impulsion lorsque la malade est debout.

Ces veines se vident très facilement lorsque la malade est couchée par l'élévation du membre, mais elles se contractent mal et l'on sent à leur place des sortes de

rigoles dans le tissu adipeux. Nulle part il n'y a d'induration ni de phlébolithes.

Lorsque, les veines vidées, on applique un lien à la cuisse et qu'on fait lever la malade, les veines restent vides : elles se remplissent assez rapidement de haut en bas lorsqu'on enlève le lien. Les veines, étant remplies, un lien appliqué à la racine de la cuisse, elles se vident en quelques pas.

On ne sent pas la saphène à la cuisse.

Du côté droit, la cicatrice est en son milieu un peu déprimée et adhérente dans la profondeur. On voit encore se dessiner quelques veines variqueuses sur la face interne de la jambe et d'autres à la cuisse ; il y en a une en particulier qui remonte sinueuse derrière la cicatrice.

2^e Opération le 27 mars 1912. — Anastomose saphéno-fémorale. Bande d'Esmarch. Garrot. Incision sur le trajet de la saphène ; on découvre d'abord une petite veine antérieure, puis plus en dedans la saphène. Dissection de la veine ; découverte des vaisseaux fémoraux. Couturier récliné en dehors. La veine est isolée de l'artère ; elle n'est pas complètement vide de sang. Pose des pinces de Crile. Section oblique de la saphène, et ouverture de la fémorale. Anastomose suivant la technique habituelle. Hémostase parfaite

Le garrot enlevé, le bout proximal de la saphène lié se remplit immédiatement de haut en bas, preuve de l'insuffisance valvulaire.

Dissection des affluents veineux de la crasse de la saphène. Il existe en particulier deux grosses collatérales internes et inférieures dilatées. Suture.

Ablation des fils le 6 avril.

Le 19, la malade sort de l'hôpital en bon état. Il persiste à la face interne du genou quelques traces de dilatations variqueuses, mais tous les symptômes d'insuffisance valvulaire ont disparu. Pas de traces de varices à la jambe.

Cette malade nous a donné de ses nouvelles le 26 octobre 1912. Elle écrit que ses jambes sont en bon état. Cependant la première opérée va mieux que l'autre; une veine de cette dernière grossit; elle y ressent quelques fourmillements.

OBSERVATION 29. — Pierre L..., 41 ans, terrassier, entre à l'hôpital Necker le 2 décembre 1912 pour des varices de la jambe droite. Il y a vingt ans, alors qu'il était au régiment, il a remarqué la présence d'une grosseur du volume d'une noisette au-dessus du condyle interne du fémur. Cette nodosité a peu à peu augmenté de volume et des veines sont devenues saillantes à la face interne de la jambe et de la cuisse. Le malade ne peut rester longtemps debout; il éprouve des picotements, des fourmillements dans le mollet. Un peu d'œdème le soir.

Gros paquet variqueux sur la face interne du genou, se vidant aisément quand on soulève la jambe et se remplissant de haut en bas quand on l'abaisse. A la jambe, téguments variqueux irrégulier.

Plaqué eczémateux excoriée à la face antérieure de la jambe, survenue il y a quelques mois à la suite d'un traumatisme.

Un gros ganglion dans l'aîne.

On dut attendre pour opérer la disparition de ces phénomènes inflammatoires.

Opération le 8 janvier 1913. — Anastomose saphéno-fémorale par la technique habituelle. La pose des points cardinaux s'effectue correctement. Mais à la fin de l'anastomose, on est obligé de remettre un point supplémentaire près du point cardinal supérieur. La suture est alors complètement étanche. Résection du bout supérieur de la saphène, qui possède d'assez nombreuses branches collatérales. Petits ganglions.

Ablation des fils le 17 janvier.

Réunion par première intention.

Le malade sort en bon état le 3 février.

OBSERVATION 30. — Henri D., 29 ans, boucher, entre à l'hôpital Necker le 14 janvier 1913. Il est porteur de varices aux deux jambes, depuis son jeune âge. Les ulcères ont débuté il y a trois ans, d'abord à la jambe gauche. Actuellement, il y en a aux deux jambes : du côté droit, large ulcération ovalaire de 6 centimètres sur 3 centimètres, siégeant à la face interne, au-dessus de la malléole; à gauche, ulcérations multiples sur les faces antéro-interne et antéro-externe, dont une très étendue (6 centimètres sur 7 centimètres).

Les varices sont visibles seulement à la face interne du mollet droit, dans la station debout : dilatation d'une branche de la saphène avec deux ampoules : impulsion à la toux.

Epreuve du lien : quand on fait marcher le malade

avec un lien élastique au niveau de la jarrettière, les varices se vident entièrement.

Opération le 22 janvier 1913. — Anastomose suivant la technique habituelle : on est obligé de remettre un point supplémentaire à l'angle supérieur de l'anastomose. La crosse de la saphène présente un nombre considérable de collatérales : une dizaine.

Dans les jours suivants formation d'un hématome qui est évacué le 31 janvier.

Ablation des fils le 3 février.

Sort le 22 février : les petits ulcères sont cicatrisés ; le plus grand l'est presque complètement.

OBSERVATION 31. — Alexandrine H..., 30 ans. Entre pour un ulcère de la face interne de la jambe droite et une rupture de varices. Varices bilatérales ayant débuté à l'âge de 16 ans. A 23 ans, phlébite de la jambe gauche à l'occasion d'une grossesse, se plaint de douleurs, d'œdème. Ulcération à la face interne de la jambe droite. Opérée le 28 février 1913. Découverte de la saphène interne rendue difficile par suite de l'épaisseur de la couche adipeuse sous-cutanée. Isolement de la saphène. Ligature de quatre petites branches collatérales. Pendant la dénudation, le calibre de la veine diminue au moins de moitié. Découverte de la veine fémorale, qui reçoit cinq petites collatérales dont deux postérieures, ligature de ces petites veines. Anastomose faite suivant la technique habituelle. La circulation rétablie, le sang s'échappe à la partie supérieure de la suture, probablement parce que le premier

point n'avait pas été suffisamment serré. Un point supplémentaire assure l'étanchéité parfaite. Résection de l'extrémité supérieure de la saphène interne qui ne reçoit jusqu'à la crosse qu'une seule branche. Affluents habituels au niveau de la crosse. Suture de la peau au fil d'argent. Réunion par première intention. Sortie le 18 mars 1913 en bon état.

OBSERVATION n° 32. — Joseph P., trente-cinq ans, menuisier. Entré à Necker le 1^{er} mars 1913.

Début des varices à l'âge de dix-huit ans ; peu de douleurs sauf les derniers temps ; le malade souffrait au niveau du genou gauche et marchait difficilement.

A l'examen : varices énormes de la jambe gauche, dont la circonférence mesure 2 centimètres de plus que celle de la jambe droite. La saphène présente de grosses dilatations jusqu'à quelques centimètres au-dessus du genou. Plus haut, elle forme un cordon qui est tendu dans la station debout et au niveau duquel on sent une impulsion à la toux. L'expérience de Trendelenburg est positive, et pendant la marche, les varices disparaissent lorsqu'on a mis un lien de caoutchouc à la partie moyenne de la cuisse.

Opération le 12 mars 1913 (M. Delbet). — Chloroforme. Dénudation de la saphène gauche qui se contracte et passe du volume du petit doigt à celui d'une plume d'oie. Découverte de la veine fémorale, très adhérente à l'artère. Anastomose saphéno-fémorale suivant la technique habituelle. Aucun suintement après l'enlèvement des princes de Crile.

Résection du bout supérieur de la saphène et ligature des collatérales.

Ablation des fils le 22 mars. Sorti guéri le 31 mars 1913.

OBSERVATIONS n^{os} 33 et 34. — Lucienne K..., vingt-cinq ans, gouvernante. Entrée à Necker le 14 avril 1913.

Le début remonte à dix ans ; mais il y a cinq ans que les varices ont augmenté de volume ; la malade a commencé alors à souffrir de picotements, de crampes, surtout le soir lorsqu'elle était fatiguée ; des bas en caoutchouc n'amenèrent aucune amélioration et peu à peu la marche devint très pénible.

A l'examen, on constate, sur les deux jambes, des cordons saillants et irréguliers, qui deviennent tendus et turgescents dans la situation debout. Impulsion très nette à la toux et frémissement vibratoire à la crosse de la saphène. Dès que la malade est couchée, les varices se vident ; pas de dilatation ampullaire, mais sur la partie externe des mollets, on note de gros paquets variqueux. Epreuve de Trendelenburg positive. Quand on met un lien au niveau de la cuisse et qu'on fait marcher la malade, les varices se vident.

Opérations : 1^o le 21 avril 1913 (M. Delbet). — Anastomose saphéno-fémorale du côté gauche. Isolation de la saphène qui se contracte fortement.

Découverte de la veine fémorale très postérieure et très difficile à atteindre. Ligature d'une petite collaté-

rale. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel.

La circulation rétablie, léger suintement qu'on arrête par un point supplémentaire. Puis, résection du bout supérieur de la saphène et ligature des collatérales.

Réunion per primam ; ablation des fils au dixième jour. 5 mai 1913. — Sous anesthésie locale, extirpation d'un paquet veineux thrombosé, à la partie supérieure de la face antéro-externe de la jambe gauche.

Ablation des fils le 15 mai, réunion parfaite.

2^o 25 mai 1913 (M. Delbet). — Chloroforme, anastomose saphéno-fémorale droite. La saphène, difficile à trouver à cause du pannicule graisseux très développé est isolée et on lie trois collatérales. La veine fémorale, très postéro-externe par rapport à l'artère reçoit deux affluents externes situés à 3 centimètres l'un de l'autre. Anastomose suivant le procédé habituel. Après rétablissement de la circulation, léger suintement qui s'arrête de lui-même. Suture de la peau. Puis résection du bout supérieur de la saphène après ligature d'une collatérale interne, des deux veines honteuses, dont la supérieure est variqueuse, et de la veine sous-cutanée abdominale.

Les fils sont enlevés le 2 juin. Réunion par première intention.

25 juin. — Sous anesthésie locale, extirpation d'un paquet variqueux induré et douloureux situé à la partie supérieure de la face antero-interne de la jambe droite. La malade sort guérie le 6 août. Elle donne de ses nouvelles huit mois après et dit qu'elle marche, ne

souffre plus, et peut, comme autrefois, vaquer à ses occupations.

OBSERVATION n° 35. — Marie S..., trente-cinq ans, cuisinière. Entrée à Necker le 11 juillet 1913.

Début des varices à la suite d'une grossesse; il y a huit ans, avec prédominance marquée à la jambe droite. Jamais de crampes, ni de douleurs aiguës; mais œdème et pesanteur le soir ou après une longue marche. Il y a deux mois, petite ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de 5 francs, siégeant à la face interne de la jambe droite.

A l'examen on voit e long de la face interne de la jambe et du geonu droit de gros paquets variqueux et l'on sent des phlébolithes incrustés dans le derme. Pendant la toux impulsion très nette au niveau de la saphène. Si, la malade étant couchée, on élève le membre, on constate des sillons creusés dans l'épaisseur de la peau. L'épreuve de Trendelenburg est positive et les varices se vident pendant la marche.

Opération le 23 juillet 1913 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droite par le procédé habituel. Les sutures son parfaitement étanches. Résection du bout supérieur de la saphène et ligature de sept collatérales de la crosse.

Ablation des fils le 2 août. Réunion parfaite. La malade sort guérie le 15 août 1913.

OBSERVATION n° 36. — Émilienne G..., cinquante-

cinq ans, repasseuse. Entrée à Necker le 4 juin 1913.

Début par un ulcère il y a six ans (1907). L'ulcère guérit quand la malade se repose, mais reparaît dès qu'elle reprend son travail.

En 1912, l'ulcère s'étend et fait le tour de la jambe droite. Les antécédents héréditaires et les antécédents personnels sont négatifs.

A l'examen : l'ulcère est net, arrondi, à fond grisâtre, à tour secrétant peu. Autour, la peau est mince, lisse et pigmentée.

Opération le 30 juin 1913 (M. Delbet). — Chloroforme. 1° Découverte de la saphène interne très dilatée, qui libérée, se contracte. Ligature de deux collatérales à la partie moyenne. Découverte de la veine fémorale, très petite, sans doute dédoublée. Anastomose saphéno-fémorale droite par le procédé habituel, difficile à cause des petites dimensions de la fémorale très mince.

2° Résection du bout supérieur de la saphène, jusqu'à la veine fémorale, on lie quatre collatérales, deux honteuses, une sous tégumentouse abdominale et une collétorale externe.

Réunion par primam. La malade sort guérie le 5 août 1913.

OBSERVATION n° 37. — Joseph G..., quarante-huit ans, serrurier. Entré à Necker le 29 juillet 1913.

Le malade présente depuis longtemps des varices volumineuses du membre inférieur droit. Il existe à la partie supéro-interne de la jambe un gros paquet vari-

queux, la veine saphène est large et dilatée; et on note une grosse ampoule au niveau de la crosse ; signes classiques d'insuffisance valvulaire. L'épreuve de la marche est positive. Plaque d'eczéma variqueux au tiers inférieur de la jambe.

Opération le 1^{er} août 1913 (M. Delbet). — Chloroforme. Recherche de la saphène droite et isolement de la veine fémorale qui est large, adhérente à l'artère, et recouverte de tissu fibreux. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Suture étanche. Résection du bout supérieur de la saphène et ligature de sept collatérales. Surjet au fil de lin.

Ablation des fils le dixième jour et réunion par première intention.

OBSERVATION n° 38. — Marie C..., vingt-trois ans, ménagère. Entrée à Necker le 4 novembre 1913, pour varices de la jambe gauche.

Début il y a cinq ans, au cours d'une grossesse. La malade se plaint de douleurs, de crampes surtout au mollet de la jambe gauche. Elle a porté longtemps des bas à varices, mais n'en a ressenti aucun soulagement.

A l'examen : le mollet gauche est un peu violacé depuis les malléoles jusqu'au genou. Lorsque la malade se lève, on constate un gros paquet variqueux, siégeant à la partie moyenne de la face interne du mollet, qui devient volumineux et turgescant. La veine saphène est très dilatée, variqueuse et très douloureuse. Du côté droit, on note sur la jambe des varicosités

sous-cutanées, mais pas de paquets variqueux. Un lien étant appliqué au milieu de la cuisse gauche, les varices, volumineuses au repos, se vident pendant la marche. Épreuve de Trendelenburg positive.

Opération le 14 novembre 1913 (M. Delbet). — Chloroforme. Isolement de la saphène et ligature de trois collatérales. Découverte de la veine masquée par un canal collatéral et située en dehors de l'artère. On lie à ce niveau une grosse collatérale. Anastomose saphéno-fémorale gauche au dessous de cette collatérale. Difficulté dans la suture à cause de la minceur de la veine. Étanchéité parfaite. Résection du bout supérieur de la saphène, ligature de huit collatérales ; on trouve les honteuses et la sous-cutanée abdominale dilatées et variqueuses. Suture.

Ablation des fils le 24 novembre. Léger hématome à la partie inférieure de la cicatrice.

La malade sort, en très bon état, le 5 décembre 1913.

OBSERVATION n° 39. — Louise M..., vingt-trois ans, ménagère. Entrée à Necker le 17 novembre 1913 pour une tuméfaction de l'aîne droite.

Début : il y a quelques jours, la malade a constaté dans la région crurale droite une grosseur qui la faisait souffrir surtout après la marche. Les douleurs se propageaient dans la cuisse et dans la jambe droites.

A l'examen : lorsque la malade est debout, on sent une tuméfaction réductible, molle, tendue par l'effort

ou la toux. Il s'agit d'une dilatation variqueuse de la crosse de la saphène.

Opération le 28 novembre 1913 (M. Delbet). — Chloroforme. Incision sur le trajet de la saphène qui porte, à son embouchure dans la fémorale, une dilatation du volume d'une noisette.

Résection du bout supérieur de la saphène et ligature de trois collatérales. Puis dissection et libération de la saphène dans son tiers moyen. Découverte de la veine fémorale adhérente à l'artère et ligature de deux collatérales profondes. Anastomose saphéno-fémorale droite suivant la technique habituelle. Etanchéité parfaite quand on rétablit la circulation.

Ablation des fils le 8 décembre 1913. La malade sort guérie le 18 décembre 1913.

Revue par nous le 25 janvier 1924, soit 11 ans après l'opération, l'examen démontre quelques varicosités à trois travers de doigts au-dessous du plateau tibial. Pas de troubles trophiques. Signe de Trendelenburg négatif. Troubles subjectifs disparus. Etat fonctionnel excellent. La jambe non opérée présente des varices avec signes d'insuffisance valvulaire.

1° Bras : max. 13 ; min. 8 ; press. dif. 5 ; ind. oscill. 3 ;

2° Jambe droite opérée : horizontale : 16-8-8-3 ; debout : 26-20-6-3.

3° Jambe gauche non opérée : horizontale : 17-9-8-3 ; debout : 28-20-8-3.

OBSERVATION n° 40. — Hector U..., 43 ans, maçon.

Entré au service le 31 décembre 1913 pour varices volumineuses de la jambe droite.

Début vers l'âge de 18 ans. Il y a à peine 2 ans que les varices sont douloureuses, avec crampes et fourmillements dans le mollet. Il y a quelques mois le malade a présenté sur la face interne de la jambe droite une ulcération étendue qui a guéri par le repos et les pansements.

A l'examen, on constate, au-dessus de la malléole interne, une cicatrice à bords irréguliers, dont le fond est recouvert par une croûte épidermique rouge brun. Au dessus de cette cicatrice, on voit un gros paquet variqueux aboutissant à la saphène interne dilatée, dure, et au niveau de laquelle on note tous les signes d'insuffisance valvulaire.

Opération le 16 janvier 1914 (M. Delbet). — Chloroforme. La veine saphène interne droite est isolée, après ligature de trois collatérales ; elle est croisée sur sa face antérieure par deux artérioles. La veine fémorale est grosse, en dedans de l'artère, facile à atteindre. Anastomose saphéno-fémorale suivant le procédé habituel. Suture étanche. Puis, résection du bout supérieur de la saphène qui reçoit deux honteuses, une sous-tégumenteuse, une circonflexe iliaque et une collatérale interne. Ligature de ces veines. — Ablation des fils le 6 janvier. Le malade sort guéri le 16 février 1914.

Ce malade a été revu par nous au mois de décembre 1923 (10 ans après son opération) et nous avons constaté un résultat fonctionnel excellent. Disparition complète de troubles, cicatrisation définitive de l'ulcère. Signe

de Trendelenburg négatif. Pas d'impulsion à la toux. A l'épreuve de la marche, les veines se vident complètement. Le résultat anatomique est médiocre en comparaison du brillant succès obtenu au point de vue fonctionnel. Le malade se montre très satisfait de l'opération, mais n'ayant pas beaucoup de temps à nous donner, nous avons été privé des constatations oscillographiques d'après la méthode de Mabillet.

OBSERVATION n° 41. — Paul M..., vingt ans, employé. Entré à Necker le 27 avril 1914 pour des varices des deux membres inférieurs.

Ces varices se sont développées peu à peu et commencent à faire souffrir le malade surtout le soir.

A l'examen, on note, à gauche un paquet variqueux siégeant au mollet. A droite, surtout, existent des dilatactions variqueuses énormes, à la partie supéro-interne du creux poplité : impulsion à la toux. Un autre paquet plus petit est situé au tiers inférieur de la face interne de la jambe droite. Les signes d'insuffisance valvulaire sont très nets.

Opération le 4 mai 1914 (M. Delbet). — Chloroforme. Isolement difficile de la veine saphène droite dans un pannicule graisseux très développé. La veine fémorale est située derrière l'artère ; elle est grosse et l'anastomose des deux vaisseaux suivant la méthode habituelle, est relativement aisée. Extirpation du bout supérieur de la saphène qui présente au niveau de sa crosse une ampoule de la grosseur d'une petite noix. Ligature de six collatérales.

Ablation des fils le 14 mai 1914. Réunion parfaite. Le malade sort guéri le 25 mai 1914.

OBSERVATION n° 42. — Marie-Louise A..., 32 ans, domestique. Entrée au service du professeur Delbet le 20 avril 1914 pour un ulcère variqueux de la jambe gauche.

Historique : l'ulcère est apparu il y a environ deux ans ; la malade a été soignée à plusieurs reprises et l'ulcère se cicatrisait par des pansements et du repos ; mais chaque fois que la malade recommençait à travailler, l'ulcère reparaisait.

A l'examen, elle présente un ulcère siégeant à la face interne de la jambe gauche, au tiers inférieur, de coloration brune, légèrement suintant, à bords irréguliers. Au-dessus de l'ulcère, paquets variqueux remontant jusqu'à la face interne du genou. La réaction de Bordet-Wassermann étant faiblement positive, on met la malade au traitement mercuriel qui ne modifie pas l'aspect de l'ulcère. Cet ulcère persiste depuis dix mois malgré des traitements énergiques suivis à l'hôpital Boucicaut et à l'hôpital Rothschild.

Opération le 8 mai 1914 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale gauche suivant la technique habituelle. Etanchéité parfaite de la suture vasculaire. Résection du bout supérieur de la saphène et ligature des collatérales, particulièrement nombreuses.

14 Mai. L'ulcère a complètement disparu. Excellent état de la plaie.

18 mai. Ablation des fils. La malade sort, guérie, le 16 juin 1914.

Revue par nous le 25 janvier 1924 (neuf ans et demi après l'opération). La cicatrice de l'anastomose est souple, blanche. La cicatrice de l'ulcère est également parfaite. La malade a pu reprendre son dur métier sans souffrir. Aucun trouble à la station debout prolongée. Les varices de la saphène ont presque complètement disparu. Il n'y a que la saphène de la cuisse qui est un peu dilatée. Signe de Trendelenburg négatif. Pas d'impulsion à la toux. Aucun trouble trophique. L'ulcère ayant laissé seulement une petite trace. A l'épreuve de la marche les varices se vident complètement. La jambe droite présente quelques varices encore peu développées. A l'oscillomètre de Pachon on obtient :

Bras droit

Max	17
Min.	13
Pres. dif... .	4
Ind. oscil... .	5

*Jambe droite non
opérée.*

(horizontale).

Max	19
Min	16
Pres. dif... .	3
Ind. oscil.. .	3

(Levée).

Max	16
Min	8
Pres. dif... .	8
Ind. oscil.. .	4

(Debout)

Max	26
Min.	21
Pres. dif... .	5
Ind. oscil.. .	3

(Assis).

Max	22
Min	19
Pres. dif... .	3
Ind. oscil.. .	3

*Jambe gauche
opérée.*

(Horizontale).

Max	19
Min	15
Pres. dif... .	4
Ind. oscil.. .	3

(Levée).

Max	15
Min	8
Pres. dif... .	7
Ind. oscil.. .	3

(Debout).

Max	23
Min	19
Pres. dif... .	4
Ind. oscil.. .	3

(Assis).

Max	21
Min	17
Pres. dif... .	4
Ind. oscil.. .	3

OBSERVATION n° 43. — Claude V..., 55 ans, menuisier. Entré à Necker le 6 juin 1914 pour varices de la jambe droite et ulcérations du troisième orteil du pied droit.

Début de l'ulcération il y a huit mois : les varices sont anciennes et n'ont jamais fait beaucoup souffrir le malade.

A l'examen, on note un tremblement nerveux des membres et des doigts : réflexes exagérés : inégalité pupillaire très marquée. Les artères sont dures et l'auscultation révèle la présence d'un souffle aortique. Sous chloroforme on extirpe l'orteil malade. Les varices siègent en paquets volumineux à la jambe droite et présentent des signes d'insuffisance valvulaire.

° *Opération le 23 juin 1914* (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droite suivant la technique habituelle. Les parois de la fémorale sont épaissies et dures. Résection du bout supérieur de la saphène et ligature de six collatérales.

Ablation des fils le 2 juillet. La cicatrice est en très bon état. Dans les jours suivants, le malade souffre de son pied droit et fait une forte élévation de température mais il ne se produit rien de particulier au niveau de la cicatrice de la cuisse et le malade sort rétabli le 1^{er} août 1914.

OBSERVATION n° 44. — Paul P..., 25 ans, cimentier. Entré à Necker, le 23 juin 1914 pour des ulcères variqueux.

Début : Le malade a des varices depuis longtemps,

il en souffre depuis deux ans environ, époque à laquelle il eut une phlébite consécutive à une cure radicale de hernie. Il y a six mois un ulcère s'est formé au tiers inférieur de la jambe gauche, sur la face interne : il y a trois mois, trois petits ulcères apparaissent au tiers moyen de cette jambe.

A l'examen, il existe des varices peu volumineuses, plus saillantes dans la station debout et la marche. Sur la face interne du tibia gauche on voit trois ulcérations arrondies, grandes comme une pièce de 0 fr. 50. Les bords sont nets, surélevés, le fond lisse et desséché. Autour des ulcères la peau est mince et pigmentée en brun. Les signes d'insuffisance valvulaire sont très nets. Impulsion à la toux sur tout le trajet de la saphène.

Opération. — Anastomose saphéno-fémorale gauche. M. Delbet. Chloral, morphine, éther.

Découverte de la saphène très dilatée ; elle se rétracte fortement après libération. Ligature et section de 2 ou 3 collatérales seulement. Découverte du paquet vasculo-nerveux. L'artère est entre la grosse veine en dedans et un canal collatéral en dehors. Dénudation de la veine fémorale. Celle-ci blanchâtre et dure apparaît complètement thrombosée (à la suite d'une opération de hernie inguinale gauche, le malade a eu deux attaques de phlébites). On vérifie le fait en incisant la veine qui est transformée en un gros cordon fibreux sans cavité. Son incision saigne assez notablement. On se décide alors à établir l'anastomose sur le canal collatéral veineux malgré le faible volume de celui-ci. Pose des pinces à l'hémostase sur la saphène et le canal collatéral. Ligature

et section oblique de la saphène. Pose de 4 fils d'appui. Deux surjets. Ablation des pinces à l'hémostase. Suintement assez abondant qui s'arrête par compression. On s'aperçoit alors que la saphène dénudée sur une très grande longueur n'est maintenant plus tendue et décrit 2 ou 3 longues sinuosités dans la plaie. Fermeture de la plaie. Résection de la saphène jusqu'au ras de la fémorale. Cette résection est rendue difficile au niveau de la crosse par suite de l'épaississement du tissu cellulaire autour de la veine et par suite de la dilatation considérable et des flexiosités nombreuses des collatérales de la crosse, en particulier des veines sous-tégumentieuses abdominales. Pendant qu'on endormait le malade on avait du reste constaté pendant les efforts du malade la dilatation et les flexuosités de ces veines et un reflux très net dans leur intérieur. Ligature et section de 6 collatérales. Suture de la plaie.

Bonne réunion, le malade quitte l'hôpital le 15 juillet 1914 en bon état.

Ce malade qui déjà en 1914 au moment de son anastomose saphéno-fémorale présentait une impulsion aux efforts et à la toux dans la veine tégumentieuse abdominale gauche, revint en 1920 au service du professeur Delbet avec des manifestations phlébitiques de cette veine tégumentieuse gauche. A l'examen la saphène se présente normale, et les bons résultats de l'anastomose se maintiennent toujours. Pas de troubles au niveau de la jambe. Voici le compte rendu de l'opération : 26 mars 1920 (M. Mornard). Chloroforme. Résection de deux gros paquets variqueux thrombosés, l'un à la face interne de la cuisse, en avant et en haut de la cicatrice de

l'incision de l'anastomose saphéno fémorale, l'autre à la partie externe du pli de l'aîne, se prolongeant vers l'ancien siège de la crosse de la saphène réséquée.

En 1922 ce malade revient encore au service. Cette fois il présentait des paquets variqueux thrombosés de la région abdominale droite.

A l'opération faite le 19 mai 1922, on lit : (M. Mornard). Chloroforme. Résection des veines variqueuses thrombosées allant de la région de l'appendice jusqu'à la crosse de la saphène droite. Résection de la crosse et de toutes les collatérales. Le malade quitte l'hôpital le 6 juillet 1922.

Comme on le voit ce malade a bénéficié pendant huit ans de bons résultats de l'anastomose saphéno fémorale et même, après ce délai, la saphène à la jambe restait en bon état. Par contre des collatérales de la crosse oubliées ou de collatérales qui prenaient son origine dans la fémorale même (l'observation ne le fixe pas exactement) et qui en 1914 avaient déjà un certain degré de dilatation variqueuse et de signes certains d'insuffisance valvulaire, se sont progressivement dilatées et thrombosées. Dans le compte rendu de l'opération du chirurgien Mornard on ne dit pas s'il fut nécessaire de toucher à la saphène au niveau de la nouvelle implantation.

Du côté droit il s'est produit également une dilatation variqueuse de la tégumentouse abdominale, mais le malade n'accuse pas de dilatations marquées de la saphène à la jambe. Etant donné la facilité que ce malade présentait à former des dilatations dans d'autres territoires que celui de la saphène, on fit une résection du

bout supérieur de cette veine au lieu de faire une anastomose comme à la cuisse gauche.

OBSERVATION n° 45. — François L., vingt-quatre ans, employé. Entré à Necker le 25 juin 1914 pour varices du membre inférieur droit.

Début : vers l'âge de dix-huit ans. Et c'est parce qu'il souffre de plus en plus, surtout après des fatigues, que le malade se décide à une opération.

A l'examen : on ne constate rien à la cuisse lorsque le malade est couché : quelques dilatations sur le mollet. Mais on sent la saphène interne sur toute sa longueur. Impulsion à la toux. Signes d'insuffisance valvulaire pendant la station debout et à la marche.

Opération le 29 juin 1914 (M. Delbet : — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droite. Découverte de la saphène qui se rétracte fortement et ligature de quelques collatérales. Recherche de la veine fémorale, volumineuse, mais profondément située en raison de la musculature très développée du malade. Les pinces de Crile glissent et rendent l'hémostase difficile. Anastomose par technique habituelle. La circulation rétablie, le sang s'échappe et nécessite la pose d'un point supplémentaire à l'angle supérieur. Puis, compression légère et arrêt de l'hémorragie. On fait alors la résection du bout supérieur de la saphène après ligature de cinq collatérales.

OBSERVATION n° 46. — François L., trente-quatre ans, orfèvre. Entré à Necker le 28 juin 1914 pour ulcère et varices de la jambe gauche.

Début : à l'âge de dix-sept ans. Les varices ont surtout augmenté de volume depuis trois ans, époque à laquelle de petits ulcères se sont formés sur la face interne de la jambe gauche.

A l'examen : Varices aux deux membres inférieurs. A gauche, on sent la saphène interne tendue et saillante sous la peau ; sur la face interne du genou, on note un gros paquet variqueux et au-dessus de la malléole interne une large cicatrice pigmentée en brun, à peau mince et lisse.

A droite, les varices sont moins apparentes, moins volumineuses. Leur apparition ne date que de deux ans.

Sur les deux pieds, varicosités multiples. Les signes d'insuffisance valvulaire sont très nets des deux côtés. L'épreuve de Trendelenburg est positive et les varices se vident pendant la marche, lorsqu'on a mis un lien à la cuisse. Les varices prédominant du côté gauche, on décide de pratiquer une anastomose saphéno-fémorale de ce côté.

Opération le 1^{er} juillet 1914 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale gauche par le procédé habituel, juste au-dessous d'une valvule de la veine fémorale. Suture étanche. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de cinq affluents.

Ablation des fils le dixième jour. Le malade sort en parfait état le 21 juillet 1914.

Revu le 10 février 1918. Le malade n'a ressenti depuis son opération aucune douleur. L'ulcère rapidement cicatrisé n'a plus reparu. Les veines variqueuses de la jambe sont dilatées mais, depuis l'opération,

le malade trouve qu'elles n'ont pas augmenté de volume, mais plutôt régressé. Lorsqu'on élève le membre au-dessus du plan du lit, le tronc de la saphène paraît se vider dans la fémorale. Du côté droit, non opéré, les varices sont grosses et douloureuses le soir.

OBSERVATION n° 47. — Jean P..., quarante-cinq ans, terrassier. Entré à Necker le 31 août 1914 pour varices et ulcères variqueux de la jambe droite.

Début vers l'âge de quinze ans. Les varices apparaissent et sont douloureuses après le travail. A plusieurs reprises, le malade a eu, sur la jambe droite, de petites ulcérations qui ont guéri par le repos et les pansements. Il y a deux mois, un nouvel ulcère est apparu. La jambe a gonflé et le malade ne peut marcher qu'avec difficultés.

A l'examen : sur la face interne de jambe droite, à la partie moyenne, il y a un ulcère grand comme une pièce de deux francs, à bords décollés, irréguliers, violacés, à fond gris rougeâtre, desséché. Varices volumineuses surtout à la face interne du genou, et présentant les signes d'insuffisance valvulaire.

Opération, 21 septembre 1914 (M. Delbet). — Chlo-roforme, Anastomose saphéno-fémorale du côté droit par le procédé ordinaire. La veine fémorale est très postérieure et l'anastomose se fait latéralement. La circulation rétablie, le sang s'échappe, on ajoute plusieurs points supplémentaires en dedans. Résection de la saphène jusqu'à son embouchure après ligature de

cinq collatérales. Ablation des fils le 1^{er} octobre. Le malade sort, en parfait état, le 19 octobre 1914.

Revu le 15 février 1918. Le malade a été très satisfait des suites opératoires.

L'ulcère ne s'est plus reproduit. Les douleurs et les crampes ont totalement disparu. Le paquet variqueux du genou est moins saillant qu'autrefois, mais toujours apparent.

OBSERVATION n° 48. — Antoine M..., trente-trois ans. Entré à Necker le 3 novembre 1914. Le malade présente depuis longtemps des varices volumineuses de la jambe droite. Les signes d'insuffisance valvulaire sont nets.

Opération, 10 novembre 1914 (M. Delbet). Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale du côté droit par la technique habituelle, rendue difficile par la friabilité de la veine fémorale. Il se produit un léger suintement lors du rétablissement de la circulation : on est obligé de mettre deux points supplémentaires.

Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de deux honteuses, de deux sous-cutanées abdomianles et d'une collatérale antérieure.

Ablation des fils le dixième jour. Le malade sort en bon état le 30 décembre 1914.

OBSERVATION n° 49. — Jean M..., cinquante-quatre ans, terrassier. Entré à Necker le 13 janvier 1915 pour varices.

Les varices siègent à la jambe droite et n'occasionnent ni gêne, ni douleur, sauf pendant les grandes fatigues.

Opération, le 2 février 1915 (M. Delbet). Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droite par le procédé habituel. La veine fémorale a des parois très minces et la saphène est fortement contractée. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de plusieurs collatérales.

Ablation des fils le 15 février. La cicatrice est en bon état. Le 20 février, le malade présente des troubles de la parole et une parésie de la langue.

L'examen des urines montre une grande quantité de sucre.

Le malade sort le 9 mars 1915, la cicatrice est parfaite, il persiste un léger trouble de la parole.

OBSERVATIONS n^{os} 50 et 51. — Gabriel S..., trente-trois ans, brigadier au 33^e régiment d'artillerie. Evacué d'Ypres pour anémie et douleurs dans les jambes. Entré à Necker le 14 janvier 1915.

A l'examen : du côté gauche, varices assez développées niveau du creux poplité et de la face interne du mollet. La saphène est grosse, tendue, surtout lorsque le malade est debout.

Du côté droit : dilatations variqueuses du creux poplité. Des deux côtés l'épreuve de Trendelenburg et l'épreuve de la marche sont positives.

Opération : 1^o 12 mars 1915 (M. Delbet). Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale gauche. La veine

fémorale a des parois épaisses qui favorisent la suture par la technique ordinaire.

Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de trois collatérales.

Ablation des fils le 22 mars. Cicatrice parfaite.

Le 28 mars, le malade se lève.

2^o 10 mars 1915 (M. Delbet). — Chloroforme. Anas-tomose saphéno-fémorale droite. La veine est très adhérente à l'artère et allongée par un canal collaté-ral qui lui envoie deux anastomoses.

Résection du bout supérieur de la saphène après liga-ture de cinq collatérales.

Ablation des fils le 20 mai. Le malade sort guéri le 9 juin 1915.

OBSERVATIONS n^{os} 52 et 53. — Louis D..., quarante-huit ans, forain. Entré à Necker le 15 mars 1916 pour varices et ulcères variqueux.

Début : vers l'âge de dix-sept ans, les varices com-mencèrent à se développer d'abord sur la jambe gauche, puis sur la jambe droite. Il y a dix ans, il se forma sur les deux jambes des ulcères violacés qui se cicatrisent et se reforment peu à peu.

A l'examen : varices très marquées sur les deux jam-bes et à la face interne des genoux. Signes d'insuffi-sance valvulaires. A droite au tiers inféro-externe de la jambe, deux ulcères grands, l'un comme une pièce de 5 francs, l'autre comme une pièce de 2 francs. Leurs bords sont violacés, leur fond gris et suintant. Du côté

gauche, sur le tiers inférieur de la jambe, large tache bronzée, à peau mince et sèche.

Opération : 1^o 20 mars 1916 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droite par la technique habituelle. La veine très postérieure présente au dehors un petit canal collatéral. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de cinq collatérales.

Ablation des fils le 29 mars. Excellent état.

2^o 5 juin 1916 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale gauche. Résection du bout supérieure de la saphène après ligature de trois collatérales.

Ablation des fils le 15 juin. Le 29 juin, phlébite de la cuisse gauche sans élévation de la température. La cuisse est dure, violasée, œdématiée. Le 20 juillet le malade va mieux, l'œdème a disparu. Le 30 juillet nouvelle phlébite de la cuisse gauche qui immobilise le malade encore un mois. Il sort de l'hôpital, guéri, le 15 septembre 1916.

Le malade a été revu à plusieurs reprises, il ne souffrait plus, n'avait ni crampes ni douleurs et n'a présenté à aucun moment de nouvelle phlébite. Les ulcères se sont cicatrisés, mais les cicatrices restent friables. Néanmoins le malade peut travailler, ce qu'il ne pouvait faire avant d'être opéré.

OBSERVATION n^o 54. — Thomas L..., quarante-six ans, maçon. Entré à Necker le 5 mai 1916 pour varices et ulcères variqueux.

Début : vers l'âge de 15 ans pas de douleurs.

Il y a trois mois, le malade entra à l'hôpital Beaujon pour un ulcère de la jambe droite. Il fut opéré, on reséqua la saphène dans sa partie moyenne, l'ulcère ne cicatrisa pas. Un nouvel ulcère apparut à la jambe gauche, il y a environ deux ans.

A l'examen : sur la jambe gauche, au tiers inféro-interne, on note un ulcère allongé mesurant 14 centimètres de long, à bords violacés, décollés, à fond rougeâtre, papillonneux. Au bord supérieur de l'ulcère siège un gros paquet variqueux, un autre volumineux aussi est situé au tiers inférieur de la cuisse, sur le trajet de la saphène dilatée et qui présente des signes très nets d'insuffisance valvulaire.

Sur la jambe droite, ulcère au-dessus de la malléole interne, rouge, purulent, à bords taillés à pic. Au-dessus et au-dessous de la première cicatrice ; dilata-tions ampullaires volumineuses.

Opérations : 1° 19 mai 1916 (M. Delbet). — Chloro-forme. Anastomose saphéno-fémorale du côté gauche et résection du bout supérieur de la saphène après liga-ture des collatérales. Le 22 mai, l'ulcère est transfor-mé et en voie de cicatrisation.

2° 28 juin 1916. Résection de l'extrémité supé-rieure de la saphène droite après ligature des collaté-rales.

Ablation des fils au dixième jour. Le malade sort guéri le 10 juillet 1916.

Revu le 22 novembre 1923, sept ans après l'a-nastomose saphéno-fémorale. Ce malade se montre satisfait. Les ulcères ne se sont plus reproduits. Les signes d'insuffisance valvulaire sont négatifs du côté

gauche. Du côté droit où on avait pratiqué la résection, jusqu'au ras de l'embouchure de la saphène, l'ulcère ne s'est plus reproduit non plus. Au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche, on constate une cicatrice pigmentée mesurant environ dix centimètres de diamètre. Au tiers inférieur de la face interne de la jambe droite on constate une zone cicatricielle étendue et pigmentée dépassant un peu la limite du tiers inférieur. Les troubles subjectifs ont complètement disparu des deux côtés. Dans les deux membres, on constate des dilatations variqueuses limitées à la jambe, et à l'épreuve de la marche les varices se vident également bien des deux côtés. Dans ce cas, le résultat fonctionnel a été bon pour l'anastomose saphéno-fémorale. Quant à la résection, il a été seulement bon quand cette résection fut pratiquée jusqu'au ras de l'embouchure du bout supérieur de la saphène fémorale.

OBSERVATION n° 55. — Barbe G..., trente-neuf ans, Entrée à Necker le 17 mai 1916 pour un large ulcère variqueux.

Début : la malade a, depuis très longtemps, des varices qui ne la font pas souffrir. Il y a neuf ans est apparu un ulcère variqueux qui s'est étendu depuis quelque temps.

A l'examen, on note des varices assez marquées à la face interne de la jambe gauche, près du genou. La saphène est dilatée jusqu'au condyle interne du fémur; au-delà, il n'y a rien d'apparent. De plus, sur cette

jambe, on voit un ulcère, de forme irrégulière, s'étendant depuis la malléole interne jusqu'au milieu des faces antérieure et interne de la jambe. Les bords sont violacés, adhérents, surélevés; le fond est gris et purulent.

Opération, 26 juin 1916 (M. Delbet). — Chloroforme.

Anastomose saphéno-fémorale gauche par la technique habituelle. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de trois collatérales.

Ablation des fils le 6 juillet. La malade sort le 3 août 1916, en très bon état, l'ulcère est presque cicatrisé.

Revue par nous le 20 avril 1923, sept ans après l'opération. A l'examen on constatait un ulcère variqueux situé dans le tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche. Dimensions 9 cm. de long sur 8 cm. de large. Zone très étendue de troubles trophiques au tour de l'ulcère. Induration remontant jusqu'au niveau du creux poplité. Œdème du pied avec trouble de la croissance des ongles.

Du côté des veines, n'existent pas de grosses veines dilatées, mais de nombreuses varicosités. Une seule ampoule veineuse au niveau de la tubérosité antérieure du tibia. Les pressions sont impossibles à prendre à cause du volume du mollet.

L'ulcère paraît être aussi grand que lors de l'opération. Il a cicatrisé presque complètement (pièce d'un franc) pendant les six mois qui succédèrent à l'opération. Pas de phlébites antérieures, jamais d'ulcère à la jambe droite. Femme obèse avec troubles métaboliques marqués. Résultat fonctionnel mauvais. Échec au point de vue de l'ulcère.

OBSERVATIONS n° 56 et 57. — François A..., 33 ans, manœuvre. Entré à Necker, le 18 octobre 1916, pour varices des deux membres inférieurs.

Début vers l'âge de dix-sept ans. Le malade n'en souffrait pas. Cependant, comme les varices augmentaient de volume il se décida à se faire opérer.

A l'examen, on constate des paquets variqueux énormes à la face interne des jambes et des condyles internes où il y a, en outre, des dilatations ampulaires.

Opérations : 1° 8 décembre 1916 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droit par le procédé habituel. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de trois collatérales. Le 20 décembre, ablation des fils, cicatrice parfaite.

2° 8 janvier 1917 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale gauche par la technique habituelle. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de quatre collatérales. Le 23 janvier 1917, ablation des fils.

Le malade sort guéri le 14 mars 1917.

Le malade a été revu à plusieurs reprises depuis son opération. Les paquets variqueux ont notablement diminué de volume et les dilatations sont moins apparentes.

Le malade ne ressent aucune douleur dans la station debout et pendant la marche.

OBSERVATION n° 58. — Marie P..., 47 ans, blanchisseuse. Entrée d'urgence à Necker, le 25 avril 1917, pour rupture de varices survenues brusquement.

Début il y a vingt ans, à la suite d'une deuxième

grossesse. Les varices ont augmenté progressivement de volume au niveau des deux membres inférieurs. La malade ne souffrait pas beaucoup, sauf le soir après son travail. La rupture s'est effectuée au tiers inférieur de la jambe droite et l'hémorragie a été très abondante.

A l'examen : on constate tout le long des deux saphènes internes des paquets variqueux volumineux, principalement à la face interne des genoux. Sur le genou droit, on note une tuméfaction bleuâtre à peau mince et éraillée prête à se rompre.

Signes classiques d'insuffisance valvulaire.

Opérations : 1° 16 mai 1917. — M. Delbet pratique la résection du bout supérieur de la saphène droite après ligature des collatérales de la crosse.

2° 1^{er} juin 1917. — Anastomose saphéno-fémorale du côté gauche par le procédé classique et résection du bout supérieur de la saphène avec ligature des collatérales.

Ablation des fils le 9 juin 1917.

La malade sort guérie le 13 juin 1917.

Revue par nous le 27 avril 1923, six ans après l'anastomose, cette malade se déclare satisfaite du résultat obtenu. Les troubles subjectifs n'ont plus reparu. Le Trendelenburg est négatif. L'impulsion à la toux n'existe pas. Les varices se vident bien à la marche avec le lien élastique. Il n'y a pas eu de nouvelles ruptures variqueuses.

L'épreuve oscillométrique donne : 1° jambe gauche horizontale : 25-11-4-4 ; debout : 27-19-8-5.

2° Jambe droite horizontale : 27-19-8-5 ; debout : 28-17-11-5.

A remarquer la haute pression max. du côté droit où on a pratiqué la résection.

OBSERVATIONS n^{os} 59 et 60. — Théophile G..., 31 ans, forgeron. Entré à Necker le 21 mai 1917 pour varices des deux membres inférieurs.

Les varices ont augmenté progressivement de volume et font souffrir le malade, surtout le soir après son travail.

Opérations : 1^o 8 juin 1917 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale du côté gauche : 1^o recherche de la veine saphène à la partie moyenne de la cuisse. La veine, n'est pas variqueuse, mais on trouve l'embouchure de la collatérale antérieure variqueuse ; 2^o incision sur le trajet de la collatérale antérieure. On remonte jusqu'à la crosse de la saphène qui ne présente aucune dilatation. Résection de la crosse de la saphène et d'une partie de la collatérale antérieure ; 3^o anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. La fémorale est volumineuse avec plusieurs collatérales externes : entre deux collatérales on peut tout juste mettre les pincés de Crile.

La suture est étanche. Suture de la peau aux fils d'argent. Ablation des fils le dixième jour. Réunion par première intention.

2^o 23 juillet 1917 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale droite. La veine saphène présente une ampoule au niveau de la région disséquée. On trouve deux petites collatérales postéro-externes sur la fémorale.

Muscles volumineux et gênants. Anastomose par la technique habituelle.

Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de cinq collatérales. La ligature de la crosse lâche, hémorragie abondante arrêtée par compression et nouvelle ligature. Suture aux fils d'argent. Réunion parfaite. Le malade sort de l'hôpital en très bon état.

OBSERVATION n° 61. — Pierre H..., trente-huit ans, charretier. Entré à Necker le 6 août 1917 pour varices et ulcère variqueux.

En 1912, le malade à la suite d'un accident, a eu une fracture ouverte de la jambe droite, il a été soigné pendant trois ans et a guéri avec un raccourcissement de 25 millimètres. Un an plus tard, il est sorti une esquille, la plaie s'est ulcérée, on pratiqua une greffe italienne et le malade guérit; enfin en avril 1917, nouvelle esquille et ulcération au point de sortie.

A l'examen, on voit sur la jambe droite à la partie inférieure de la face externe, un large ulcère arrondi, aux bords taillés en pic. A cet ulcère aboutit un gros paquet variqueux qui remonte jusqu'à la face interne du genou.

Opération : 19 novembre 1917 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. La veine fémorale située derrière l'artère reçoit trois petites collatérales dont une est liée. La veine saphène y est reséquée jusqu'à son embouchure : ligature des collatérales de la crosse distribuées en deux groupes distincts. L'un supérieur, formé par la circonflexe et la

sous-cutané abdominale, l'autre inférieure formé par la saphène et les honteuses. Surjet. Ablation des fils le onzième jour.

Le malade quitte l'hôpital, guéri, le 8 janvier 1918.

OBSERVATION n° 62. — Charles R..., 25 ans, soldat. Entré à Necker le 1^{er} décembre 1917.

Le malade présente des varices du membre inférieur gauche, avec de volumineux paquets variqueux à la face interne du genou.

Douleurs et crampes pendant la station debout prolongée et signes d'insuffisance valvulaire.

Opération, 4 février 1918 (M. Delbet). — Chloroforme. La veine saphène gauche est pourvue de nombreuses petites collatérales qui sont pincées et liées. Isolément de la veine fémorale qui reçoit une petite collatérale juste au-dessus du lieu de l'anastomose.

Les pinces de Crile sont placées de dehors en dedans, contrairement à l'habitude. Elles écartent ainsi l'artère fémorale, mais elles gênent la suture d'autant plus que les muscles sont volumineux et rendent la suture plus difficile. La circulation rétablie, il ne s'écoule pas une goutte de sang, la suture est parfaitement étanche.

Réséction du bout supérieur de la saphène et ligature des collatérales : deux sous-tégumenteuses abdominales, deux honteuses, une circonflexe externe, une grosse collatérale interne.

Ablation des fils le dixième jour. Réunion de la plaie par première intention.

Le malade est actuellement désigné pour la prochaine évacuation.

OBSERVATION n° 63. — Maurice P..., 43 ans, journalier. Entré à l'hôpital Necker le 2 janvier 1918 pour varices de la jambe droite.

Le malade souffre de varices depuis longtemps, mais, actuellement les douleurs sont très vives et le gênent pour travailler; la marche et la station debout prolongées sont très pénibles : les varices, dans les derniers temps, ont augmenté de volume. Signes d'insuffisance valvulaire.

Opération, 18 février 1918 (M. Delbet). — Chloroforme. Découverte de la veine saphène droite et ligature des petites collatérales. Région opératoire très vasculaire. On trouve deux veines fémorales, l'une petite et l'autre grosse. On place les pinces de Crile de dedans en dehors sur la veine fémorale la plus volumineuse. Anastomose saphéno-fémorale droite par le procédé habituel. Suture étanche.

Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de deux honteuses et d'une circonflexe iliaque externe. La sous-cutanée abdominale se jette directement dans la veine fémorale, au-dessus de la crosse de la saphène. On place une ligature à son embouchure. Surjet au fil de lin.

Ablation des fils le dixième jour.

Le malade sort, guéri, le 31 mars 1918.

OBSERVATION n° 64. — Emile C..., 19 ans, mécani-

ciën. Entré à l'hôpital le 20 janvier 1918 pour varices du membre inférieur droit.

Début il y a deux ans environ. Le malade ressentait de vives douleurs et un engourdissement de la jambe droite. Ces phénomènes douloureux disparaissaient par le repos et revenaient dans la station debout ou après une longue marche.

A l'examen les varices sont volumineuses, dilatées, siégeant sur la face antéro-interne de la cuisse, plus marquées lorsque le malade est debout. Impulsion à la toux sur le trajet de la saphène qui apparaît comme un cordon dur et tendu. Dilatation flexueuse de la collatérale antérieure et de la sous-tégumenteuse abdominale. Signes d'insuffisance valvulaire, épreuve de la marche positive.

Opération, 31 janvier 1918 (M. Mossé). — Chloroforme. Découverte de la saphène droite et ligature de trois collatérales. Isolement de la veine fémorale située en arrière et en dehors de l'artère, très profondément. Les muscles, volumineux, gênent beaucoup. Anastomose saphéno-fémorale par la méthode de M. Delbet. La circulation rétablie, il s'écoule un peu de sang. Un point supplémentaire à raison de l'hémorragie. Résection du bout supérieur de la saphène et ligature de quatre collatérales. On extirpe une partie de la collatérale médiane antérieure ainsi que la sous-tégumenteuse abdominale. Surjet au fil de lin. Ablation des fils le douzième jour. Réunion par première intention. Le malade sort, guéri, le 25 février 1918.

OBSERVATION n° 65. — Marcel D..., 16 ans, cuisinier, Entré à l'hôpital le 2 février 1918, pour varices.

Début il y a un an environ. Le malade a remarqué une dilatation des veines au niveau du condyle interne du fémur droit. Il y a huit mois, il a commencé à souffrir, surtout le soir après son travail. La marche le fatigue et augmente ses troubles douloureux.

A l'examen on note un paquet variqueux accentué sur la face interne du genou droit. Symptômes d'insuffisance valvulaire.

Opération, 8 février 1918 (M. Mossé). — Chloroforme. Découverte de la saphène droite rendue difficile par l'abondance de la graisse. La veine fémorale est volumineuse en position interne par rapport à l'artère. Anastomose saphéno-fémorale suivant la technique de M. Delbet. Suture étanche. Résection du bout supérieur de la saphène après ligature de quatre collatérales. Surjet au fil de lin.

Ablation des fils le dixième jour. Réunion *per primam*. Le malade sort, complètement guéri, le 26 février 1918.

OBSERVATION n° 66. — Joseph G..., 27 ans. Entré à l'hôpital le 14 février 1918 pour des varices du membre inférieur droit.

Opération : 8 mars 1918 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel sans incident. Au quatrième jour, élévation thermique à 38° pendant deux jours. Retour à la normale. Ablation de fils le 18 mars 1918. Nouvelle élévation thermique le onzième jour à 38°2 pendant 48 heures. Retour définitif à la température normale. Le malade quitte l'hôpital guéri le 31 mars 1918.

OBSERVATION n° 67. — René C..., médecin. Opéré le 16 août 1918 par M. Delbet, Anastomose saphéno-fémorale sans incident. Le malade quitte l'hôpital guéri.

Pas d'observation. On trouve seulement sur le registre le compte rendu de l'opération.

OBSERVATION n° 68. — Louis V..., 30 ans, mécanicien. Entré à l'hôpital le 3 octobre 1918 pour des varices du membre inférieur gauche. Ces varices sont apparues vers l'âge de onze ans. A la station debout, on voit un paquet bosselé et bleuâtre correspondant aux veines dilatées. Au-dessus de la malléole interne de la jambe gauche on constate un ulcère en voie de cicatrisation. Impulsion à la toux. Signe de Trendelenburg positif. Les varices se vident à la marche avec le lien élastique.

Opération : 11 octobre 1918 (M. Delbet). — Chloroforme. 1° Anastomose saphéno-fémorale suivant le procédé habituel. Veine saphène très volumineuse recevant deux petites branches retrouvées et liées dans la région. L'artère fémorale est accompagnée d'une grosse veine fémorale extrêmement mince, nettement postérieure et d'une petite veine collatérale externe.

La situation de la veine joint au développement musculaire du sujet obligent à mettre les pinces de dedans en dehors, contrairement à la technique habituelle. La veine fémorale reçoit, au point où doit se faire l'anastomose, une petite collatérale sectionnée et liée.

Anastomose très large. Bouche de près d'un centimètre. Suture facile et presque étanche. Quelques

points supplémentaires. 2° Résection de la crosse de la saphène. Ligature et section d'une sous-tégumentuse se divisant en trois branches et se jetant dans la fémorale juste au-dessus de la crosse, d'une circonflexe externe, d'une honteuse, d'une grosse collatérale variqueuse interne. Suture. Surjet de lin. Ablation de fils. Bon état de la cicatrice. Le malade quitte l'hôpital guéri le 1^{er} novembre 1918.

Revu par nous le 12 novembre 1923, cinq ans après l'anastomose saphéno-fémorale, ce malade se déclare très satisfait du résultat. L'ulcère n'a plus récidivé. A sa place, il y a une cicatrice souple et peu pigmentée. Les signes d'insuffisance sont négatifs. Les varices sont restées stationnaires d'après le récit du malade. A la marche elles se vident bien. Les troubles subjectifs ont disparu complètement. Excellent résultat au point de vue de l'aptitude au travail. L'épreuve oscillométrique n'offre aucune importance, étant donné que les pressions n'ont été prises ni avant ni immédiatement après l'opération.

OBSERVATION n° 69. — Eugène D..., soldat. Opéré par M. Delbet le 24 janvier 1919. Anastomose saphéno-fémorale sans incident. Le malade quitte l'hôpital guéri. Pas d'observation. On trouve seulement sur le registre le compte rendu de l'opération.

OBSERVATION n° 70. — Jean B..., 46 ans, marchand de vins. Entré à l'hôpital le 26 février 1919 pour des varices et ulcère de la jambe gauche.

En 1895, à l'âge de 21 ans, le malade faisant la campagne de Madagascar, se sent très fatigué par la marche, surtout de la jambe gauche. Rentré en France, il prend un commerce de vins qui l'oblige à rester debout presque toute la journée. Vers l'âge de 30 ans, il commence à voir saillir ses veines dans le territoire de la saphène interne depuis le bas de la jambe jusqu'au milieu de la cuisse. Au mois de novembre 1918, le malade s'aperçoit qu'il a une tache noirâtre au niveau du tiers moyen de la face antéro-interne de la jambe gauche. Cette tache devient lie-de-vin, s'étend progressivement jusqu'à la malléole interne et gagne à ce niveau la face externe. Cette tache finit par devenir un ulcère, obligeant le malade à rentrer à l'hôpital. A l'examen on constate un œdème du membre malade qui remonte jusqu'au voisinage du genou. L'ulcération est recouverte d'une croûte. Impulsion à la toux. Trendelenburg positif. A la marche, avec le lien élastique, les varices se vident.

Opération : 12 mars 1919 (M. Delbét). — Choloroforme. La dénudation de la fémorale est difficile. La paroi est dilacérée. Anastomose pénible, 6 fils s'étant successivement cassés. Malgré cela, à l'enlèvement des pinces hémostatiques la suture se maintient très bien et l'anastomose fonctionne parfaitement. Résection de la partie terminale de la saphène. Trois collatérales au niveau de la crosse. Deux honteuses et une sous-tégumentaire très développées. Volumineuse ampoule fémorale à paroi mince.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 24 mars 1919.

OBSERVATION n° 71. — Victor B..., 30 ans. Pâtissier. Entré à l'hôpital le 27 février 1919 pour une ulcération à la région sous-malléolaire de la jambe gauche.

Le malade prétend avoir eu, depuis sa naissance, des varices qui ont grossi petit à petit. D'abord limitées à la face interne de la jambe gauche, elles se sont développées depuis quelques années à la cuisse, ne remontant cependant pas au-dessus du 1/3 supérieur.

Il y a huit ans, il a eu, à la suite d'un coup, une ulcération au niveau de 1/3 inférieur de la face interne de la jambe gauche qui s'est fermée au bout de 5 à 6 semaines. Le malade porte des bandes Velpeau qu'il serre très fort au mollet, mais les varices sont très saillantes surtout au niveau du tiers inférieur de la jambe.

Le 20 janvier 1919, le malade voit apparaître, au niveau de la région rétro-malléolaire interne gauche une tache noire, au-dessus d'une saillie veineuse et il se produit, en 2 ou 3 jours un ulcère variqueux.

Pansements à l'huile et au baume du Pérou. Le malade reste couché.

Inspection : Ulcération de la dimension d'une pièce de 2 francs rétro-malléolaire. Face interne de la jambe gauche. Ulcération arrondie, bords en talus, couleur jaunâtre avec une zone de peau brune peu foncée périphérique s'étendant sur tout l'espace rétro-malléolaire.

Le pied est déformé légèrement à gauche et présente un peu d'œdème au-dessous de l'articulation tibio-tarsienne.

Palpation : Pas de douleur autour de l'ulcération. Le malade souffre beaucoup, et encore davantage lorsqu'il

se lève et lorsqu'il marche. S'il pose son pied sur le sol, les douleurs sont encore plus vives. On peut voir grossir les saillies veineuses de la face interne de la jambe en ordonnant au malade de se mettre debout.

Impulsion à la toux. Signe de Trendelenburg positif.

14 mars : l'ulcère n'est pas guéri complètement.

Opération : 24 mars 1919 (M. Delbet). — Chloroforme.

Découverte de la saphène qui est double à la partie supérieure et qui reçoit une collatérale, ligature de l'une des deux branches supérieures (la postérieure, et les collatérales). Découverte des vaisseaux fémoraux, il existe deux veines, l'une interne petite insuffisante pour l'anastomose, l'autre externe très grosse et recevant 3 collatérales, deux petites qui sont liées et une grosse postérieure respectée au-dessous de laquelle on pratique l'anastomose.

Procédé habituel, la veine saphène passant devant l'artère, une petite hémorragie entre deux points nécessitent un point supplémentaire.

Résection du bout supérieur de la saphène dont les deux branches se réunissent avant la crosse, une sous-tégumenteuse, une honteuse, une circonflexe, suture au fil d'argent. Le malade quitte l'hôpital guéri le 6 avril 1919.

OBSERVATION n° 72. — Rose P..., 28 ans, domestique. Entrée à l'hôpital parce qu'il y a 8 jours elle a fait une hémorragie du pied gauche par rupture de varices. Elle

a eu deux ruptures antérieures à celle-ci. A l'examen, on constate des varices de la saphène interne gauche avec de gros paquets au-dessous du creux poplité. Au pied, elles sont plus saillantes. Il y a deux ulcères de petite surface siégeant, l'un douloureux, rétro-malléolaire, l'autre au-dessus de la malléole interne.

Epreuve du garot : diminution des varices par la marche avec un lien à la partie moyenne de la cuisse.

A la toux : impulsion jusque dans les varices du mollet.

Opération : 28 avril 1919 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose par le procédé habituel.

Veine saphène très postérieure, deux petites collatérales à l'incision.

Veine fémorale très difficile à libérer de l'artère. Veine extrêmement mince. Le bistouri a fait une très large boutonnière et on hésite un instant pour savoir si on est bien dans la lumière du vaisseau tant la paroi est mince.

Anastomose par le procédé habituel. Points très serrés, les pinces enlevées, une hémorragie se produit qui nécessite un point supplémentaire en bas et en avant. Ablation du bout supérieur de la saphène.

Une honteuse, une sous-tégumenteuse et une circonflexe.

Suture et surjet de lin. Ablation des fils le 7 mai. La malade quitte l'hôpital guérie le 15 mai 1919.

Revue par nous, le 10 décembre 1923, quatre ans et cinq mois après l'anastomose saphéno-fémorale, la malade se montre très satisfaite de l'opération. Les troubles n'existent plus. Les ulcérations n'ont pas récidivé.

Le Trendelenburg reste négatif. Pas d'impulsion à la toux. A l'épreuve de la marche les varices se vident bien. Celles-ci, au dire de la malade ont regressé, à la suite de l'intervention. Après elles sont restées stationnaires. L'épreuve oscillométrique n'offre aucune importance, car cette malade n'avait pas été soumise à cet examen avant l'opération.

Pas de troubles trophiques de la peau. Cicatrice de l'ulcération rétro-malléolaire pigmentée.

OBSERVATION n° 73. — Georges B..., 39 ans, puisatier dans la Vienne. Entre le 28 février pour un ulcère à la jambe.

A déjà eu un ulcère semblable il y a neuf ans. En 1908 le malade avait reçu un coup de marteau sur le devant de la jambe. La jambe était écorchée et au bout de quelques jours de pansements guérit. Quatre ans après le malade s'écorche encore au même endroit et continue son travail. Au bout de deux ou trois mois, voyant que le mal ne se guérit pas, le malade entre à l'hôpital. Là on le soigne tous les deux jours pendant deux ans, et l'ulcère guérit.

Le malade ne ressent rien pendant quatre ans puis s'écorche un peu en novembre de cette année. L'écorchure ne guérit pas et le malade vient se faire panser à l'hôpital tous les deux jours. Il y entre le 28 février. La jambe autour de l'ulcère est rouge, tuméfiée, l'ulcère est rouge vif et purulent, les parois en sont irrégulières et un peu blanches ; on ne voit pas de varices.

Son Wassermann est positif, mais le traitement ne donne pas d'amélioration.

Antécédents. — Syphilis contractée à l'âge de 20 ans. Varices peu apparentes, occultes.

Opéré le 12 mai 1919 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incidents. Résection de la crosse.

Le 22 mai, on enlève les fils. L'ulcère est presque complètement guéri, mais il garde une légère croûte. Le malade quitte l'hôpital en bon état le 30 juin 1919.

OBSERVATION n° 74. — Joséphine C..., âgée de 54 ans, femme de ménage. Entrée le 28 mai 1919 pour varices du membre inférieur gauche. La malade s'est aperçue de ses varices dès l'âge de 20 (il y a 14 ans).

Celles-ci ont débuté par un filet veinéux à la face interne de la cuisse au-dessous du pli de l'aîne.

Elles ont été progressivement en augmentant jusqu'à l'époque actuelle. Jamais la malade n'a eu d'ulcère ni d'hémorragies. ✓

Examen. — Enorme paquet variqueux dilaté à la face interne de la cuisse gauche. Depuis le pli de l'aîne jusqu'à 6 travers de doigts plus bas, le paquet se vide bien lorsqu'on élève les jambes au dessus du plan du lit et subit l'impulsion de la toux ; au-dessous de ce paquet sur une hauteur de 7 travers de doigts la saphène est perceptible mais non visible. Puis recommençant sur une hauteur de 6 travers de doigts au dessus de l'interligne du genou, de grosses varices très saillantes qui s'étendent jusqu'au jarret. Au-dessous de ce

point jusqu'au pied le réseau variqueux irrégulier sur toute la face interne de la jambe présente une teinte violacée diffuse.

Pas d'ulcération ni de pigmentation rétro-malléolaire interne. Mais le malade se plaint de vives douleurs survenant le soir à la face interne de la jambe derrière la malléole.

Epreuves. — 1° La saphène et même le paquet variqueux superficiel se vident pendant la marche lorsque l'on a appliqué un lien au tiers moyen de la cuisse.

2° La colonne veineuse se reforme brusquement lorsque l'on enlève le lien appliqué afin de vider le réseau veineux superficiel en élevant la jambe au-dessus du plan du lit.

Opération : 6 juin 1919 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale.

1° On commence par le triangle de Scarpa, car il existait dans cette région une veine serpentine extrêmement dilatée qui pouvait être la veine saphène mais qui était en réalité une collatérale externe de la crosse et de la plus grande partie de cette collatérale.

2° Anastomose par le procédé habituel sans incident. Parois veineuses assez épaisses. Il ne s'écoule rien après l'ablation des pinces. Surjet au fil de lin.

Ablation des fils le 18 juin 1919.

La malade sort guérie le 26 juin 1919.

Revue par nous le 12 décembre 1923, 4 ans et 5 mois après l'anastomose saphéno-fémorale. Cette malade se montre très satisfaite de l'opération. Les varices ont regressé d'un tiers et les signes d'insuffisance sont devenus négatifs. La malade n'accuse aucun trouble,

avec une récupération totale de la faculté de travail. Pas d'œdème. L'épreuve oscillométrique nous donne dans les quatre positions établies par Mabile des chiffres à peu près pareils dans les jambes, moins élevés cependant dans la jambe non opérée qui est presque normale.

OBSERVATION n° 75. — Joseph O., opéré par M. Delbet, le 4 juillet 1919. Anastomose saphéno-fémorale sans incidents. Pas d'observation. On trouve seulement dans le registre le compte rendu de l'opération.

OBSERVATION n° 76. — François F..., 31 ans, maçon. Entré à l'hôpital le 11 août 1919 pour des dilatations veineuses très marquées sur tout le territoire de la veine saphène interne jambe droite, qui le gênent beaucoup pour la marche et le travail.

Vers janvier 1911, le malade a commencé à apercevoir des dilatations veineuses à la face interne de la jambe gauche, qui se sont progressivement étendues et ont atteint la cuisse gauche il y a un an environ.

Mars 1918. — Il commence à en souffrir et la douleur augmente jusqu'à ce jour où elle l'empêche de travailler.

Jamais eu d'ulcération.

Inspection. — Dilatation veineuse dans tout le territoire de la saphène jusque vers l'anneau crural. Ampoule veineuse marquée au niveau de la crosse de la saphène.

Palpation. — On sent le cordon veineux sur toute la face interne de la cuisse et sur toute la face interne de la jambe.

Si on fait tousser le malade on a très nettement la sensation d'impulsion et un frémissement est perçu sous les doigts au niveau de l'ampoule de la crosse et de la saphène.

Les dilatations sont molles et on peut obtenir une sensation du mouvement du liquide sanguin de haut en bas en comprimant la veine en haut avec le doigt et en percevant la sensation en dessous.

En élevant la jambe du malade on voit les dilatations veineuses se vider et on peut sentir une dépression assez marquée à leur niveau.

Si on place un garrot lâche au niveau de la cuisse de manière à suppléer à l'insuffisance valvulaire et qu'on fasse marcher le malade les dilatations veineuses se vident.

Sur la jambe gauche on voit des dilatations sur la face interne de la jambe, mais elles ne dépassent pas le genou. Varicocèle assez marquée.

Opération : 22 août 1919 (M. Leveuf). Anastomose saphéno-fémorale suivant le procédé habituel, veine fémorale facile, l'anastomose se pratique immédiatement au-dessous d'une valvule de la fémorale

L'intervention terminée sans incident on voit admirablement le cours du sang. Sous l'effet de l'aspiration la saphène s'aplatit.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 9 septembre 1919.

OBSERVATION n° 77. — Alexandre T..., 40 ans, peaussier. Le malade entre à l'hôpital pour deux ulcères de la jambe gauche qui le font souffrir au point de l'empêcher de marcher et de se tenir debout.

Il y a 17 ans, à l'âge de 23 ans avant que le malade aperçoive des nodules veineux sous-cutanés il a eu une ulcération spontanée au niveau du 1/3 inférieur de la jambe gauche qui s'élargit progressivement jusqu'à occuper toute la surface du 1/3 inférieur de la jambe. Oxyde de zinc et pansement. Venu à Trousseau en 1904. 3 mois de repos au lit. Fermeture complète de la plaie. 1905 l'ulcération se reproduit (le malade reste debout 10 heures par jour) et il en apparaît une autre à la face postérieure tiers moyen de la jambe.

Entre à Trousseau il y a 3 mois, repart sans être guéri. Il reprend son travail et souffre de sa jambe qui enfle après des stations debout prolongées.

Entre le 15 juillet 1919 à l'hôpital Neker.

Actuellement le malade présente deux ulcérations, une à la face interne occupant tout le tiers inférieur de cette face, et l'autre à la face postérieure de la jambe, ovulaire, comme une pièce de 2 francs.

Inspection : Ulcération à bords nets, non décollés, allant en pente douce, à courbe irrégulière, et à fond rouge vif ne dépassant pas le derme. La peau est brunnâtre sur une surface périphérique de triple étendue.

Palpation : Quand le malade se met debout on voit apparaître des varices à la face interne de la jambe jusqu'au milieu de la cuisse sur tout le territoire de la veine saphène. Le pied et la jambe sont augmenté considérablement de volume.

Les ongles sont soulevés, cassants, et tombent facilement.

Palpation : Œdème mou dans la région où la peau présente une modification de couleur. Petite nodosité molle, fluctuante. Il est difficile de percevoir le choc en retour de l'ondée sanguine et l'impulsion à la toux. Mais le malade accuse des douleurs quand il est debout depuis longtemps et qu'il fait un effort quelconque. Son cœur lui fait mal aussi quand il tousse. La manœuvre de Trendelenburg n'a pu être tentée car le malade souffre trop pour que l'on puisse la pratiquer.

Opération : 19 septembre 1919 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose par le procédé habituel. Jambe courte, homme gras. La veine saphène a une collatérale dans le champ opératoire. La veine fémorale est de petit calibre. Trois petites collatérales. Résection de la crosse.

1 sous-tégumenteuse, 1 circonflexe, 2 honteuses, 1 collatérale intermédiaire, réséquées.

Ablation des fils le 6. Le malade sort guéri de l'hôpital le 15 octobre 1919.

OBSERVATION n° 78. — René B..., 34 ans, garçon boucher. Entré à l'hôpital le 17 novembre 1919, pour un ulcère variqueux.

Histoire : En mai 1919, le malade constate une petite plaie à la région rétro-malléolaire interne de la jambe gauche. Quatre ou cinq jours après le malade ne peut plus marcher à cause de la douleur produite par cette ulcération qui s'agrandit chaque jour davantage. Après

un repos relatif qui l'améliore un peu, il se présente à la consultation de l'hôpital Necker où on lui prescrit un traitement qu'il suit pendant trois mois sans obtenir la guérison.

A l'examen, on constate un ulcère (3 cm. $\frac{1}{2}$ × 7) siégeant à la région rétro-malléolaire interne de la jambe gauche, à bords irréguliers, décollés; à fond exulcéré; à suppuration jaunâtre. Pourtour œdématié brun rougeâtre. Le malade souffre de douleurs s'irradiant jusque dans la cuisse, après la marche ou la station debout prolongée. On ne voit pas de varices apparentes. L'épreuve oscillométrique de Mabile révèle une insuffisance notable de la valvule ostiale de la saphène interne.

Opération : 17 novembre 1919 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. La veine saphène n'a pas été marquée (varices occultes). On ne la trouve qu'en allant rechercher la crosse. La découverte des vaisseaux fémoraux présente quelques difficultés à cause de nombreux petits vaisseaux. La veine est accolée fortement à la face postérieure de l'artère et en partie oblitérée comme une veine phlébitique. La veine fémorale est épaisse. Résection de l'extrémité inférieure de la saphène qui reçoit une collatérale interne, une honteuse bifurquée, une sous-cutanée ou circonflexe. — Suture, surjet au fil de lin. Le malade quitte l'hôpital guéri le 8 janvier 1920.

Revu par nous le 20 avril 1923, trois ans et demi après l'anastomose, ce malade se montre très satisfait du résultat obtenu. L'ulcère n'a plus récidivé. A sa

place on trouve une cicatrice de la dimension d'une pièce de 2 francs, entourée par une zone d'une hauteur de 6 cm. sur une largeur de 4 cm. indurée et pigmentée. L'œdème avait complètement disparu. Les crampes et douleurs qui, avant l'opération, existaient, ne font plus souffrir le malade. En mars 1924, ce malade a été encore revu par le professeur Delbet lui-même, qui a pu constater la guérison définitive de l'ulcère et un excellent résultat au point de vue fonctionnel et anatomique. Les varices qui, avant l'opération, n'étaient pas apparentes, n'ont pas augmenté depuis. L'épreuve oscillométrique indique une notable amélioration au point de vue de la pression.

OBSERVATION n° 79. — René W..., 34 ans, manoeuvre. Entré à l'hôpital le 1^{er} novembre 1919 pour des varices du membre inférieur gauche.

Commence à souffrir de sa jambe vers 18 ans. A cette époque, apparition de premières varices en même temps que débute un ulcère. Celui-ci se développe et finit par occuper en grande partie la région postéro-interne et postéro-externe de la jambe gauche au 1/3 inférieur.

Traité par la cautérisation, il guérit assez rapidement. Le pied gauche, œdématié, à cette époque ainsi que la partie inférieure de la jambe, reste un peu plus gros que celui du côté opposé. Le soir, l'œdème est bien remarqué par le malade.

Dans les années suivantes, sans faire aucun autre accident variqueux, le malade voit ses varices augmenter progressivement de volume et s'étendre vers le haut à

la partie supéro-interne de la jambe, puis à la face interne du genou. A la cuisse peu de chose, mais le malade remarque parfois un cordon assez dur à la face interne.

Actuellement le malade présente dans les $\frac{2}{3}$ inférieurs de la face interne et postéro interne de la jambe un lacis de veines saillantes, les plus grosses étant les plus inférieures.

Au $\frac{1}{3}$ inférieur, ce sont de véritables paquets de veines intriqués les unes dans les autres.

A la face interne du genou la saphène saille, légèrement flexueuse, dilatée en partie au niveau de l'interligne.

Au $\frac{1}{3}$ inférieur de la cuisse, dilatation ampullaire de la grosseur d'une noix.

Au $\frac{1}{3}$ supérieur elle réapparaît présentant une dilatation très nette (grosse noix) au niveau du pli inguinal.

A la palpation ces veines sont assez dures, on sent leurs parois épaissies, surtout au niveau de gros paquets variqueux du $\frac{1}{3}$ supérieur de la jambe (face postéro-interne).

Cet examen est fait, le malade étant debout.

Si on fait tousser le malade on sent nettement l'impulsion au niveau des gros paquets variqueux.

Le malade étant couché, en soulevant son membre variqueux au-dessus du plan du lit et serrant la racine du membre à l'aide d'un garrot, modérément pour ne pas interrompre la circulation profonde, si on fait lever le malade on remarque que les veines, vidées par la manœuvre précédente, restent vides. Si on enlève le

lien, brusquement les veines se remplissent de haut en bas.

Si, en enlevant le lien, on fait tousser fortement le malade on voit les varices réapparaître, plus nettes, à chaque effort de toux.

On note sur la moitié inférieure de la jambe des plaques pigmentées brunâtres, bronzées, légèrement desquamées, cicatricielles pour les deux plis inférieurs interne et externe juste au-dessus des malléoles, correspondant à l'ulcère primitif du malade. Léger eczéma à la face interne de la cuisse gauche.

Jambe droite. Présente également ces plaques brunâtres, mais étendues sur la 1/2 inférieure.

Petites veines légèrement saillantes face interne, avec petites dilatations par place mais très petites. N'a jamais beaucoup souffert de cette jambe (quelques crampes).

Dans le courant de 1914, contracte un chancre spécifique. Traité à Cochin par 20 piqûres. Pas d'accidents secondaires. Wassermann négatif dans la suite. N'a pas été retraité depuis 1914.

Opération : 18 décembre 1919 (P^r Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale, par le procédé habituel. Le malade sort guéri le 15 janvier 1920.

OBSERVATION n° 80. — Charles M., 37 ans, journalier, entre à l'Hôpital Cochin dans le service de M. Delbet, le 2 mars 1920, pour des varices des deux jambes. Le malade était atteint depuis l'âge de 17 ans ; il a continué à travailler jusqu'à l'âge de 32 ans, sans

éprouver aucune gêne fonctionnelle, mais à partir de cet âge, le malade commence à avoir des douleurs et de la souffrance à la moindre fatigue, ses veines sont dilatées énormément mais sans ulcérations, et la marche est devenue très fatigante, de sorte que le malade ne pouvait plus ni travailler, ni marcher. A ce moment-là, il se décide à rentrer à l'hôpital, pour se faire soigner.

Antécédents héréditaires : mère variqueuse depuis plusieurs années.

Antécédents personnels : Aucune maladie infectieuse ni phlébogène.

Opération : 12 mars 1920 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale sans rien d'anormal. La veine fémorale est large et antero-interne ; étanchéité parfaite. Résection de la crosse. Le malade sort de l'Hôpital avec un résultat immédiat excellent après quelques semaines.

Tension avant l'anastomose saphéno-fémorale :

Mx	Mn	PD
PL=18	7	11
PC=20	11	9
PA=22	13	9
PD=32	20	12

Tension après l'anastomose saphéno-fémorale .

Mx	Mn	PD
PL=16	8	8
PC=15	10	5
PA=19	12	7
PD=21	13	8

A noter la diminution de la pression différentielle dans les positions assis et debout.

OBSERVATION n° 81. Raymond Ch..., 24 ans, comptable, entre à l'hôpital Cochin dans le service du professeur Delbet le 11 février 1920 pour des ulcères variqueux. Le malade souffre depuis le mois de novembre 1919, il se plaint de douleurs, lourdeurs et élancements à la jambe gauche. Le malade s'aperçut la première fois que ses veines étaient dilatées lorsqu'il a été sur le front en 1915, mais à ce moment là il n'avait ni douleurs, ni élancements dans les jambes comme en 1919. De 1915 à 1919 il ne ressentit aucune souffrance. Vers le mois de novembre, le malade aperçut à la jambe un bouton brunâtre qui s'agrandit toujours malgré les soins médicaux et depuis cette époque, les douleurs sont apparues ; quand il se fatigue beaucoup, il souffre davantage. A l'inspection de la jambe grosses veines dilatées.

Opération : 15 mars 1920 (M. Delbet). — Chloroforme. La veine fémorale n'a pu être marquée avant l'opération. Les varices ne disparaissaient pas par la marche avec le lien.

Découverte de la veine saphène que reçoit deux petites branches. A la région découverte de paquet vasculaire fémorale très facile.

Actuellement longue cicatrice à la partie moyenne de la cuisse, la dilatation veineuse de la jambe est disparue complètement, l'ulcération également tend à se cicatriser. Résultat immédiat excellent ; le malade

ne souffre plus de douleurs, ni d'élancements pendant la marche. Sort de l'hôpital complètement guéri trois semaines après.

Pression avant l'opération :

Mx	Mn	PD
PL=20	7	13
PC=15	6	9
PA=24	13	11
PD=28	15	13

Pression après l'opération :

Mx	Mn	PD
PL=17	8	9
PC=10	5	5
PA=20	12	8
PD=21	14	7

Quatre mois après l'opération, ce malade a été pris d'hémorragies vésicales graves. Transporté d'urgence dans le service d'urologie de l'hôpital Cochin, il est mort dans ce service. D'après les renseignements que nous a bien voulu nous transmettre sa veuve, l'anastomose avait donné un résultat excellent au point de vue fonctionnel, les troubles étant complètement disparus.

OBSERVATION n° 82. — M. Gerb..., 34 ans, commissaire aux Halles. Entré à l'hôpital le 1^{er} mai 1920 pour varices du membre inférieur gauche et hernie inguinale droite.

Le malade, forcé à être debout toute la matinée et

une partie de la soirée, accuse après son travail une sensation de fatigue extrême, avec crampes, douleurs, et de la pesanteur dans la jambe gauche variqueuse. En plus de la dilatation de la saphène interne, on constate un certain degré de dilatation variqueuse de la saphène externe gauche. Trendelenburg positif et impulsion à la toux très nette.

Opération : 7 juin 1920 (M. Delbet). — Chloroformé. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel sans incidents. Ablation de fils le 16 juin. L'épreuve oscillométrique faite avant et 20 jours après l'anastomose indique une descente notable de la maxima dans les quatre positions de la jambe établies par Mabile.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 25 juin 1920.

OBSERVATION n° 83. — Eugène B., rentre à l'hôpital pour se faire opérer des varices de la jambe droite.

Opération : 7 mai 1920 (M. Delbet). — Chloroformé. Résection de la crosse avec ligature de cinq branches collatérales. Saphène très volumineuse se rétractant peu. Dissection de la veine fémorale assez lente. Ligature de 3 petites collatérales. La veine se dissèque bien.

Anastomose par le procédé habituel, sans incidents. Suture. On enlève les fils le 16 mars. Le malade sort guéri le 23 mai 1920.

OBSERVATION n° 84. — Marcelle Arn..., 27 ans, femme de chambre, entrée à l'hôpital le 24 septembre

pour se soumettre à une anastomose sapheno-fémorale.
— Ulcère variqueux — Wassermann négatif.

Opération : le 25 octobre 1921 (M. Girode). — Chlo-roforme. Anastomose sapheno fémorale par le procédé habituel. Ablation de fils le 4 novembre. La malade quitte l'hôpital guérie le 12 janvier 1921.

Epreuve oscillométrique prise par M. Girode :

Bras droit : max. 16; min. 9; ind. oscil. 3

Jambe gauche: horizontale: max. 17; min. 10; ind. oscil. 3

Levée: max. 14; min. 7; ind. oscil. 3,5 — assise: max. 21; min. 13; ind. oscil. 4; — debout: max. 27; min. 18 ind. oscil. 4

Jambe droite, horizontale : max. 16; min. 9,5; ind. oscil. 3; — levée max. 13; min. 4,5; — ind. oscil. 3,5; assise: max. 22; min. 14; ind. oscil. 4; — debout, max. 27; min. 18; ind. oscil. 3,1.

OBSERVATION n°. 85. — Auguste P., 19 ans, aide monteur, entre au service du professeur Delbet pour des varices et ulcère du membre inférieur gauche.

Historique : Il y a six ans que le malade s'est aperçu que les veines de sa jambe commençaient à se dilater, en même temps qu'il voyait se former des ulcères et que, le soir, il constatait un léger œdème malléolaire. Son travail ne tarda pas à devenir pénible par les sensations d'élancements douloureux, les crampes, l'œdème qui augmentait toujours davantage et les ulcères qui, guéris par le repos et les pansements, revenaient aussitôt la reprise de son métier.

A l'examen, on constate des varices très sinueuses présentant, avec la plus grande netteté, tous les signes d'insuffisance valvulaire de la saphène, y compris les signes oscillométriques. Un ulcère comme une pièce de cent sous, siège, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la face antéro-interne du tibia gauche.

Opération : 8 novembre 1920 (M. Girode). — Chlo-roforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incident. La saphène sinueuse est disséquée suffisamment pour la rendre rectiligne. La fémorale au point d'anastomose reçoit une petite collatérale postérieure et une assez volumineuse externe. L'anastomose est faite juste au-dessous d'une valvule nettement apparente.

Léger suintement sanguin après la levée des pinces, arrêté par tamponnement. Résection de la partie supérieure de la saphène. Grosse ampoule terminale. Deux sous-tégumentieuses. Pas de circonflexe. Deux honteuses. Une collatérale interne encore suffisante. Suture au fil de lin.

Le malade quitte l'hôpital le 15 décembre 1920, en très bon état.

Ce malade a été revu par nous le 13 janvier 1924. (Trois ans après l'opération). Au dire du malade les varices ont regressé d'un tiers du volume antérieur à l'intervention. En effet, il reste seulement quelques dilatations insignifiantes. A l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la face antéro-interne du tibia, on trouve la cicatrice de l'ancien ulcère. Elle est souple, légèrement pigmentée, d'un diamètre comme une pièce de cent sous, Trendelenburg et impulsion à la toux

nettement négatifs. A l'épreuve de la marche, les varices se vident bien. L'œdème et la fatigue du soir ont complètement disparu. Le malade reste debout pendant neuf heures au cours de la journée sans accuser aucun trouble.

A l'épreuve oscillométrique au Pachon, on trouve :

Bras droit

Max.	17
Min.	10
Pres. dif....	7
Indi. oscil..	4

Jambe gauche opérée	Jambe droite non opérée
horizontale :	horizontale :
Max. 20	Max. 25
Min. 11	Min. 14
Pres. dif... 9	Pres. dif... 11
Ind. oscil... 6	Ind. oscil... 7
levée :	levée :
Max. 17	Max. 19
Min. 8	Min. 10
Pres. dif... 9	Pres. dif... 9
Ind. oscil... 6	Ind. oscil... 6
assis :	assis :
Max. 21	Max. 26
Min. 15	Min. 13
Pres. dif... 9	Press. dif... 13
	Ind. oscil... 5
debout :	debout :
Max. 25	Max. 30
Min. 16	Min. 19
Pres. dif... 9	Pres. dif.... 11
Ind. oscil... 6	Ind. oscil... 6

OBSERVATION n° 86. — Adèle D..., 29 ans, femme de ménage, entre à l'hôpital pour des varices et ulcère de la jambe gauche.

Examen : La malade a des veines variqueuses sur les deux jambes, particulièrement sur la jambe gauche où elle présente un gros paquet au creux poplité. Nombreuses ampoules sur le trajet des veines dilatées, à la jambe comme à la cuisse. Au niveau de la face interne de la jambe gauche, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen on constate une ulcération polycyclique, large comme deux pièces de cent sous, nettement délimitée, à bords peu saillants, rouges, non décollés, à fond sanieux au centre, rouge jaunâtre à la périphérie, extrêmement sensible. Cette ulcération est entourée d'une zone érythémateuse. Bordet-Wassermann négatif. Trendelenburg et impulsion à la toux nettement positifs. A l'épreuve de la marche les varices se vident incomplètement. La malade nous dit que dans sa famille : père, mère, frères, sœurs, tous sont porteurs de volumineuses varices.

Opération : 24 janvier 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale gauche. Procédé habituel. Saphène rétractile, mais sinueuse. Paquet fémoral facilement découvert. Deux veines collatérales, la plus grosse est postérieure. Veine épaisse. Résection du bout supérieur de la saphène. Deux honteuses. Suture au fil de lin.

La malade quitte l'hôpital guérie le 16 février 1921.

Cette malade a été revue par nous le 14 février 1924 (trois ans après l'opération). Elle déclare que les varices ont beaucoup diminué. Cependant nous constatons

encore des varices qui remontent jusqu'à la cuisse. Les signes d'insuffisance ont disparu complètement. Les varices se voient bien à l'épreuve de la marche. On trouve au creux poplité de gros paquets variqueux. A la jambe gauche on constate au niveau du tiers inférieur de la face interne une région pigmentée d'une surface de 6 cm. x 7 cm. et qui correspond à l'ancien siège de l'ulcère. Détail intéressant; cette malade qui, au moment de notre examen présentait dans la région rétro-malléolaire externe du pied gauche trois petites ulcérations à caractères nettement spécifiques, soumises à un traitement antisyphilitique a vu disparaître ses ulcères en quinze jours. Déjà à l'âge de 21 ans, elle avait présenté un autre ulcère à la face externe du mollet et qui guéri a laissé une cicatrice pigmentée d'un diamètre comme une pièce de 2 francs. A la jambe droite on remarque la présence de varices qui ne font pas trop souffrir la malade. Signes d'insuffisance nets.

A l'épreuve oscillométrique le Pachon nous donne :

Bras droit

Max. . . .	14
Min. . . .	11
Pres. dif....	3
Ind. oscil...	2

Jambe gauche
opérée

horizontale :

Max. . . .	20
Min. . . .	12
Pres. dif....	8
Ind. oscil...	4

levée :

Max. . . .	15
Min. . . .	8
Pres. dif....	7
Ind. oscil...	4

assise,

jambe pendante:

Max. . . .	23
Min. . . .	12
Pres. dif....	11
Ind. oscil...	5

debout :

Max. . . .	25
Min. . . .	14
Pres. dif....	11
Ind. oscil...	5

Jambe droite
non opérée

horizontale :

Max. . . .	18
Min. . . .	10
Pres. dif....	8
Ind. oscil...	4

levée :

Max. . . .	14
Min. . . .	8
Pres. dif....	6
Ind. oscil...	3

assise,

jambe pendante:

Max. . . .	21
Min. . . .	14
Pres. dif....	7
Ind. oscil...	3

debout :

Max. . . .	26
Min. . . .	17
Pres. dif....	9
Ind. oscil...	3

OBSERVATION n° 87. — Constantin Af..., 25 ans. Entré à Cochin pour des varices du membre inférieur droit.

Opération : 14 février 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incident. Ablation des fils le 23 février. Le malade quitte l'hôpital guéri le 13 mars 1921.

L'épreuve oscillométrique prise à la sortie du malade nous donne :

Jambe gauche saine: horizontale: max. 18; min. 10; pres. dif. 8; ind. oscil. 5; — levée, max. 16; min. 7; pres. dif. 9; ind. oscil. 6; — assis, jambe pendante: max. 23; min. 13; pres. dif. 10; ind. oscil. 6; — debout max. 24; min. 16; pres. dif. 8; ind. oscil. 6; — jambe droite opérée. Horizontale: max. 20; min. 10; pres. dif. 10; ind. oscil. 7; levée max. 17; min. 7; pres. dif. 10; ind. oscil. 7; — assis, jambe pendante max. 20; min. 14; pres. dif. 12; ind. oscil. 7; — debout max. 30; min. 17; pres. dif. 13; ind. oscil. 7.

On voit l'égalité dans les deux jambes de l'indice oscillométrique et de la pression différentielle, ce qui nous approche des chiffres établis par Mabilie.

OBSERVATION n° 88. — Félix Bo..., 56 ans, employé de commerce. Entré à Cochin le 9 novembre 1923 pour des varices apparues il y a 15 ans et siégeant à la jambe droite.

A l'examen on constate une dilatation ampolaire au niveau de la crosse où il est facile de mettre en évidence l'impulsion à la toux. Quand on donne une chiquenaude

sur la partie inférieure de la saphène interne, l'onde sanguine qui se forme se transmet jusqu'au bas de la cuisse. Le malade perçoit lui-même cette sensation d'ébranlement de la colonne sanguine de la saphène interne, quand il est dans une voiture en marche. D'après lui ce phénomène est perceptible presque jusqu'à la face interne du genou. Malgré l'augmentation progressive des varices le malade n'éprouve pas des troubles marqués. Signe de Trendelenburg nettement positif. Le malade a été opéré il y a une quinzaine d'années des hémorroïdes.

Opération : 23 mai 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Enormes varices jambières. La saphène ne présente qu'une ampoule à la cuisse. C'est au-dessus de cette ampoule qu'on fait l'anastomose. Trois collatérales de la saphène dans la région. Une fémorale très mince. Petite collatérale postérieure qui est liée. Anastomose sans incident, étanche. Résection du bout supérieur de la saphène. Une tégumenteuse dilatée. Une circonflexe et deux honteuses certainement variqueuses débouchent par un tronc commun dans la crosse. Suture en surjet au fil de lin.

Le malade quitte l'hôpital le 12 juin 1921.

Revu par nous le 20 février 1924, deux ans et 8 mois après l'opération, ce malade se déclare très satisfait du résultat obtenu. A notre examen nous avons pu relever quelques dilatations variqueuses à la face interne et externe de la jambe droite opérée, mais par contre une saphène complètement normale à la cuisse.

La trépidation de voiture ne fait plus ressentir au malade la sensation d'ébranlement de la colonne san-

guine de la saphène. L'impulsion à la toux et le Trendelenburg sont négatifs. Plus de troubles subjectifs.

A la jambe gauche non opérée on perçoit sous la peau des veinules bleues sans importance.

Epreuve oscillométrique :

Avant l'opération :

Bras: Mx 15; ma 12; ind. ox. 4; jambe droite malade horizontale: Mx 21; ma. 9; ind. osc. 6; debout: Mx. 27 ma. 19; ind. osc. 6.

Jambe gauche saine : horizontale: Mx. 19; Ma 12; 5; debout: Mx. 25; Ma 17; 5.

Deux ans après l'opération :

Bras: Mx. 13; Ma, 9; ind. 6; jambe droite opérée;

Horizontale: Mx. 16; Ma. 9; ind. 6; levée: Mx 13; Ma. 5; ind. 6; assis: Mx. 26; Ma, 13; ind. 6; debout, Mx. 27; Ma 15; ind. 6.

Jambe gauche non opérée :

Horizontale: Mx. 17; Ma. 8; ind. 5; levée: Mx. 15; Ma. 6; ind. 5; assis: Mx. 24; Ma. 12; ind. 6; debout: Mx. 26; Ma. 15; ind. 6.

OBSERVATIONS n° 89 et 90. — Louise Ch., entrée à Cochin le 9 mai 1921 bilatérales des jambes, surtout marquées au membre inférieur gauche.

1^{re} Opération : 7 juin 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose du côté gauche par le procédé habituel, sans incidents. Ablation des fils le 16 juin.

2^e Opération : 25 juin 1921 (M. Delbet). — Chloro-

forme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel sans incident.

La malade quitte l'hôpital guérie le 13 juillet 1921.

Epreuve oscillométrique. Pressions prises par M. Leveuf avant l'opération. Bras: max. 12,5; min. 7; pressions dif. 5,5; indice oscil. 1,5; jambe gauche variqueuse. Horizontale: max. 14,5; min. 6,5; pression dif. 8; indice oscil. 2,5; — Jambe levée; max. 12; min. 5,5 pression dif. 6,5; indice oscil. 3,5. — Malade assis, jambe pendant: max. 17; min. 9; pression dif. 8; ind. oscil. 3.

Malade debout: max. 23,5; min. 15; pression dif. 8,5; ind. oscil. 2,5; — Jambe droite, moins variqueuse que la précédente: horizontale: max. 14,5; min. 8; pression dif. 6,5; ind. oscil. 2; — Jambe levée: max. 12,5; min. 5,5; pression dif. 7; indice oscil. 3,5; — malade assis, jambe pendante: max. 17; min. 8,5; pression dif. 8,5; ind. oscil. 3,5.

Malade debout : max. 22,5; min. 14,5; pression dif. 8, ind. oscil. 2,5.

Pressions prises après l'opération par M. Foubert, externe du service. Jambe gauche opérée.

Horizontale: max. 15; min. 7,5; malade debout: max. 23; min. 15.

Jambe droite variqueuse non opérée : horizontale : max. 14; min. 8; malade debout: max. 23; min. 17.

OBSERVATION n° 91. — Léon Egl..., ajusteur, 23 ans, entré à l'hôpital pour se faire opérer afin de pouvoir entrer dans la compagnie de chemin de fer P. L. M.

À l'examen on trouve des varices jambières de la saphène interne. On sent la saphène rectiligne jusqu'à la crosse.

Epreuve de Trendelenburg positive. Epreuve de la marche : les varices se vident bien. Impulsion à la toux très nette.

Opération : 8 juin 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Le malade sort guéri le 29 juin 1921.

Revu le 30 janvier 1924, deux ans et six mois après. Le malade est très satisfait du résultat obtenu. Les signes d'insuffisance ont disparu. Les troubles ont disparu également. Récupération absolue au point de vue de la faculté de travail.

ÉPREUVE OSCILLOMÉTRIQUE

Bras

Max.	17
Min.	8
Pres. dif.	9
Ind. oscil.	8

Avant l'opération

Jambe droite variqueuse

1° Horizontale :

Max.	18
Min.	9
Pres. dif.	9
Ind. oscil.	4

2° Debout :

Max.	29
Min.	18
Pres. dif.	11
Ind. oscil.	4

Jambe gauche saine

1° Horizontale :

Max.	17
Min.	9
Pres. dif.	8
Ind. oscil.	4

2° Debout :

Max.	26
Min.	18
Pres. dif.	8
Ind. oscil.	4

2 ans et 6 mois après l'opération

Jambe droite opérée

1° Horizontale

Max.	18
Min.	9
Pres. dif.	9
Ind. oscil.	8

2° Debout :

Max.	26
Min.	16
Pres. dif.	10
Ind. oscil.	4

Jambe gauche saine

1° Horizontale

Max.	17
Min.	7
Pres. dif.	10
Ind. oscil.	7

2° Debout :

Max.	25
Min.	15
Pres. dif.	10
Ind. oscil.	7

OBSERVATION n° 92. — Aimée G., 35 ans, teintu-

rière. Entrée à l'hôpital le 10 juin 1921 pour des varices marquées surtout au membre inférieur gauche.

A l'examen on constate un signe de Trendelenburg positif. L'impulsion à la toux est très nette. Fatigue après toute station debout prolongée. Œdème le soir avec sensation de pesanteur. A l'épreuve de la marche les varices se vident bien.

Opération : 13 juin 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incident. Ablation des fils le 13 juin. Le malade quitte l'hôpital guéri le 3 juillet 1921.

Revu par nous le 20 février 1924, 2 ans et 8 mois après l'anastomose, le malade se montre très satisfait du résultat obtenu. Les troubles subjectifs ont disparu, ainsi que les douleurs, les crampes, l'œdème et la sensation de fatigue qui se montraient toujours le soir après une journée de travail. Le Trendelenburg est devenu négatif et l'impulsion à la toux a disparu aussi. D'après le malade les varices ont regressé d'un tiers à la jambe opérée. A la jambe droite non opérée on constate un léger œdème qui augmente considérablement le soir.

ÉPREUVE OSCILLOMÉTRIQUE

Avant l'opération :

Bras	
Max.	15
Min.	9
Pres. dif.	6
Ind. oscil.	2

Jambe gauche

	HORIZONTALE	LEVÉE	DEBOUT
Max.	19	17	26
Min.	9	9	15
Press. dif.	10	8	11
Ind. oscil.	3	4	3

Après l'opération (8 juillet 1921)

Bras

Max.	15
Min.	9
Pres. dif.	6
Ind. oscil.	2

Jambe gauche opérée. Jambe droite non opérée.

	HORIZONTALE	DEBOUT		HORIZONTALE	DEBOUT
16		26	18		27
11		19	11		18
5		7	7		9
3		3	4		3

Prise par nous le 20 février 1924

Bras

Max.	11
Min.	9
Pres. dif.	6
Ind. oscil.	4

Jambe gauche opérée. Jambe droite non opérée.

HORIZONTALE	DEBOUT	HORIZONTALE	DEBOUT
20	25	19	24
12	19	12	18
10	6	7	6
4	4	4	4

OBSERVATION n° 93. — Eugène M..., 19 ans, garçon d'hôtel. Entré à l'hôpital au mois de septembre 1921 pour des varices surtout marquées à la jambe gauche.

Dès l'âge de 15 ans le malade s'est aperçu de leur début.

A cet âge il y avait déjà des dilatations veineuses tout le long du bord interne de la jambe jusqu'au dessus du mollet. Il travaillait debout, de 14 à 16 heures par jour et le soir il pouvait à peine plier sa jambe ; à ce moment les varicosités étaient plus accentuées et plus douloureuses. Cet état se maintint pendant quatre ans.

En 1921, au mois de juillet, il dut quitter son travail par suite de l'état de ses varices. Il entra à l'hôpital dans le service du Professeur Delbet.

Opération le 5 septembre 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel au membre inférieur gauche.

Le malade reste pendant 20 jours au lit puis part guéri.

Les examens oscillométriques faits avant et après l'opération ont donné les résultats suivants :

AVANT L'OPÉRATION:

Bras

Max:	16
Min:	8
Pres. dif.	8
Ind. osc.	—

Jambe droite *Jambe gauche*

Horizontale.	Debout.	Horizontale.	Debout.
16	24	16	24
7	13	7	23
9	11	9	10
—	—	—	—

Bras

Max.	15
Min.	9
Pres. dif.	6
Ind. osc.	—

Jambe droite *Jambe gauche*

Horizontale.	Debout.	Horizontale.	Debout.
17	28	15	25
9	20	9	17
8	9	6	8
—	—	—	—

EXAMEN OSCILLOMÉTRIQUE, 12 NOVEMBRE 1921.

Jambe droite. *Jambe gauche
opérée.*

	Horiz.	Debout.	Horiz.	Debout.
Max.	17	28	17	26.
Min.	17	17	11	18
Pres. dif.	6	11	6	8
Ind. osc.	—	—	—	—

OBSERVATION n° 94. — Henry M..., 55 ans, tourneur. Entré à Cochin le 14 juillet 1921 pour des varices et un ulcère variqueux de la jambe droite.

Histoire : En 1915, à la suite d'un traumatisme au niveau de la cheville droite, il s'est formé une petite ulcération. Le malade a été soigné à l'hôpital. Il sort le premier mai. Quinze jours après l'ulcère réapparaît. En juillet 1921 il réclame l'hospitalisation vu l'impossibilité de continuer son travail.

Examen : On constate des varices très apparentes à la jambe droite, ne remontant pas à la cuisse. On note en plus un ulcère de la grandeur d'une pièce de 5 francs, profond, situé à la partie inférieure de la jambe droite au niveau de la malléole interne et un peu en arrière. Troubles trophiques des ongles. Pas de troubles trophiques de la peau. Le malade accuse une grande fatigue à la fin de la journée, avec œdème. Il avoue la spécificité et est mis au régime antisiphilitique. Epreuve de M. Delbet positive.

Opération : 11 juillet 1921 (M. Delbet). — Chloro-

forme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel avec résection de la crosse. Le malade quitte l'hôpital guéri le 28 juillet 1921.

Résultat éloigné : Revu le 30 décembre 1923, deux ans et 5 mois après l'opération, on constate à l'examen une notable réduction des varices qui ne sont plus marquées que par quelques indurations veineuses au niveau du tiers supérieur de la face interne de la jambe droite. Quelques veinules bleuâtres sillonnent la peau. On remarque une cicatrice pigmentée de 7 centimètres de hauteur par 6 centimètres de largeur et qui correspond à l'emplacement de l'ancien ulcère. Le malade nous déclare être très satisfait de l'opération. L'impulsion à la toux est négative. Le Trendelenburg est aussi négatif. Les troubles d'avant l'opération ont complètement disparu. Le malade a récupéré intégralement sa faculté de travail.

EPREUVE OSCILLOMÉTRIQUE

Bras

Max.	16
Min.	10
Pres. dif.	6
Ind. oscil.	5

Avant l'opération

Jambe droite variqueuse		Jambe gauche saine	
1° Honrizontale		1° Honrizontale	
Max.	19	Max.	19
Min.	9	Min.	11
Pres. dif.	10	Pres. dif.	8
Ind. oscil.	8	Ind. oscil.	9
2° Debout :		2° Debout :	
Max.	36	Max.	30
Min.	13	Min.	17
Pres. dif.	23	Pres. dif.	13
Ind. oscil.	6	Ind. oscil.	7

Après l'opération (30 décembre 1923)

Jambe droite opérée		Jambe gauche saine	
1° Honrizontale		1° Honrizontale	
Max.	21	Max.	19
Min.	12	Min.	13
Pres. dif.	9	Pres. dif.	6
Ind. oscil.	7	Ind. oscil.	5
2° Debout :		2° Debout :	
Max.	26	Max.	26
Min.	16	Min.	14
Pres. dif.	10	Pres. dif.	12
Ind. oscil.	5	Ind. oscil.	4

OBSERVATION n° 95. — Albert Nad..., entré à Cochîn

le 7 décembre 1921 pour des varices du membre inférieur droit.

Opération : 12 décembre 1921 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incidents. Le malade quitte l'hôpital guéri le 31 décembre 1921.

ÉPREUVE OSCILLOMÉTRIQUE

Bras

Max. 13

Min. 9

Jambe gauche horizontale

Max. 15

Min. 9

Debout

Max. 18

Min. 12

Jambe droite horizontale

Max. 11

Min. 8

Debout

Max. 20

Min. 14

OBSERVATION n° 96. — Angèle L..., 33 ans, repasseuse. Entrée à l'hôpital en février 1922 pour des varices et des ulcères variqueux de la jambe droite. Trendelenburg et impulsion à la toux nettement positifs.

Opération : 13 février 1922. (M. Delbet). — Chloro-

forme. Incision un peu basse (on n'a pu suivre la saphène dilatée et flexueuse que jusqu'à la partie moyenne). La saphène découverte présente deux petites collatérales, une d'elles se rompt sous la pince au ras de la saphène. On décide de faire l'anastomose à ce point, qui est assez bas. Découverte des vaisseaux fémoraux très facile. Mais des collatérales se déchirent sous la sonde cannelée avec une extrême facilité. Veine fémorale particulièrement mince. La saphène est coupée un peu bas et les sutures vont tirer. L'anastomose, malgré cette complication, est très facile et est étanche. Résection du bout supérieur de la saphène. Toutes les collatérales déchirent près de la crosse (une circonflexe, deux honteuses, une collatérale interne). — Cette malade est atteinte d'un goître exophthalmique qui explique peut-être la fragilité toute particulière de ses veines.

La malade quitte l'hôpital guérie le 2 mars 1922.

Revue le 26 janvier 1924, deux ans après l'anastomose, on constate des varicosités à la jambe droite opérée, remontant jusqu'au genou; pas d'impulsion à la toux; Trendelenburg négatif. Quelques phlébolithes au tiers moyen de la face interne de la jambe. Ulcère cicatrisé. Pas de troubles subjectifs. Récupération complète de la faculté de travail. Jambe droite presque normale.

Examen oscillométrique 24 janvier 1924

	Bras				Jambe g. saine.				Jambe dr. opérée			
Max.	15	17	25	30	16	23	30		16	23	30	
Min.	10	10	15	20	10	14	20		10	14	20	
Press. dif.	5	7	5	10	6	9	10		6	9	10	
Ind. osc.	3	3	3	3	3	3	3		3	3	3	

OBSERVATION n° 97. — Francine G..., 36 ans, entre à l'hôpital le 20 février 1922 pour se faire opérer des varices du membre inférieur gauche.

Signe de Trendelenburg positif. Impulsion à la toux très nette. Les varices se vident mal à la marche avec lien élastique.

Opération : 13 mars 1922 (M. Delbet). — Rachianesthésie. — Veine saphène très dilatée avec ampoules nettes à la partie inférieure de l'incision. Veine fémorale grosse avec parois minces facilement isolée des collatérales de la région. Anastomose par le procédé habituel, un peu haute à cause de l'altération de la saphène.

Au moment où l'anastomose venait d'être terminée, la malade fait des efforts de vomissements et la suture qui, au repos était étanche, laisse filtrer un peu de sang à chaque effort. On a l'impression que la fémorale est insuffisante, ce qui serait d'accord avec le résultat de l'examen clinique (les veines se vidaient mal par la marche avec la jarretière). Dissection et résection du bout supérieur de la saphène, dont l'embouchure est enfouie dans des tissus fibreux qui rendent la dissection peu claire. Deux sous-tégumentеuses, une circonflexe, une honteuse. Suture au fil de lin. Résultat opératoire immédiat excellent. La malade n'a pas été revue depuis son départ de l'hôpital.

OBSERVATION n° 98. — Victor V..., 52 ans, entre à l'hôpital le 14 mars 1922 pour varices du membre inférieur gauche. Trendelenburg positif. Impulsion à la toux nette,

Opération : 17 mars 1922 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale. Veine fémorale très postérieure. Malade musclé. Résection complète de la crosse et de ses branches. Suture.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 2 avril 1922.

OBSERVATIONS n^{os} 99 et 100. — Emile T..., 49 ans, entré à Cochin pour des varices des membres inférieurs.

Première opération, 5 avril 1922, côté gauche (M. Leveuf). — Rachianesthésie. Incision le long de la saphène. On tombe sur une veine non distendue. En disséquant le bout supérieur jusqu'au triangle de Scarpa on découvre une veine normale qui, au niveau de la fosse ovale décrit une crosse et plonge dans la profondeur. La crosse reçoit une veine tégumenteuse, et une deuxième veine d'un moindre calibre.

En se reportant à un centimètre au-dessus on trouve la vraie saphène très variqueuse. C'est elle qui reçoit deux honteuses.

Anastomose à la partie moyenne sans incident. Résection du bout supérieur de la saphène. La fausse saphène se jette dans la vraie tout près de l'embouchure dans la veine fémorale. Le malade quitte l'hôpital guéri en 1922.

Deuxième opération le 20 mars 1922 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Saphène volumineuse se contractant bien. Veine fémorale postérieure très grosse, à parois très minces. Résection totale de la crosse. La tégumenteuse est petite, mais on trouve une veine profonde

anormale se dirigeant vers l'épine iliaque en suivant l'arcade au contact. Suture.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 29 avril 1922.

Epreuve oscillométrique : bras, max., 20; min. 11; Jambe droite horizontale : max. 24; min. 10; pres. dif. 14; ind. oscil. 10. — Debout : max. 35; min., 20; pres. dif., 15; ind. oscil. 11. — Jambe gauche horizontale : max., 24; min., 11; pres. dif., 13; ind. oscil. 7 1/2. — Debout : max., 30; min., 20; pres. dif. 10; ind. osc. 5 1/2.

OBSERVATIONS n^{os} 101 et 102. — Julie A..., 25 ans, domestique. Entrée à l'hôpital le 24 mars 1922 pour des varices des membres inférieurs.

Histoire. — Ces varices ont apparu il y a une dizaine d'années, siégeant alors à la jambe droite, au niveau de la jarretière. Dans les années qui suivirent, les varices s'étendirent, d'abord à la jambe, puis à la cuisse. La jambe gauche fut également atteinte il y a deux ans, toujours suivant le même ordre : jarretière, jambe, cuisse. La malade, obligée de se tenir debout et accusant une sensation marquée de fatigue le soir, accompagné d'œdème malléolaire, porte des bas à varices de 1912 à 1920.

Il y a sept ans environ, à la suite d'un coup, un ulcère se développe au niveau du tiers inférieur de la face interne de la jambe droite. Elle a récidivé à plusieurs reprises.

Examen: A la jambe droite, on remarque des dilata-tions variqueuses siégeant surtout au niveau de la tubé-

rosité antérieure du tibia et au tiers supérieur, face interne de la jambe. On trouve les mêmes dilatations à la cuisse, surtout marquées au tiers inférieur. On note également une ulcération à la place qu'occupait celle apparue il y a sept ans. Signe de Trendelenburg et impulsion à la toux nettement positifs. A l'épreuve de la marche les varices ne se vident pas complètement. La saphène externe ne semble pas atteinte.

A la jambe gauche on constate un gros cordon veineux dilaté, qui suit le trajet de la saphène interne. Une grosse ampoule veineuse au niveau du genou. Signes d'insuffisance valvulaire nets. Saphène externe saine.

1^{re} opération : 7 avril 1922, côté droit (M. Mornard).

— Rachi-anesthésie puis éther. Anastomose saphéno-fémorale sans incident. Résection de la crosse normale.

2^e opération : 28 avril 1922, côté gauche (M. Delbet).

— Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Résection de la crosse. Pas de veine sous-tégumenteuse.

La malade quitte l'hôpital guérie le 19 mai 1922.

Cette malade a été revue par nous le 20 juillet 1923 un an et 2 mois après l'opération. On constate encore quelques ampoules variqueuses isolées et quelques indurations veineuses dans la partie interne et supérieure des deux jambes. A l'union du tiers inférieur et du tiers moyen, sur la face interne de la jambe droite il y a une zone de peau indurée de la grandeur d'une pièce de cent sous, qui indique un état de troubles trophiques, causé sans doute par la mauvaise irrigation sanguine, car dans ce même endroit on perçoit par le palper des nodosités siégeant dans un petit paquet variqueux, qui

sillonne sous la peau. Le résultat fonctionnel est bon. L'œdème et la fatigue du soir ont disparu. Les signes de Trendelenburg et l'impulsion à la toux sont nettement négatifs. A la marche, les varices se vident bien. La malade accuse une sensation de froid aux mains et aux extrémités inférieures, en rapport sans doute à un certain état hypophyxique, qui est révélé encore par la couleur violacée des pieds.

Epreuve oscillométrique

Bras 17 12 5 3

Avant l'opération

Jambe droite horizontale.....	15	10 $\frac{1}{2}$	4 $\frac{1}{2}$	3
Jambe droite debout.....	23	14	9	3
Jambe gauche horizontale....	14	10 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	3
Jambe gauche debout.....	21	13	8	3

Après l'opération

Jambe gauche horizontale.....	17	10	7	3
Jambe gauche levée.....	15	9	6	4
Jambe gauche debout.....	24	17	7	3
Jambe droite horizontale.....	17	10	7	4
Jambe droite levée.....	15	10	5	4
Jambe droite debout.....	24	17	7	4

OBSERVATION n° 103. — André V..., 32 ans, relieur.
Entré à Cochin le 4 avril 1922. Le malade est atteint

surtout à la jambe gauche. Sur le trajet de la saphène interne.

Le malade avait déjà des varices à son arrivée au régiment. Depuis elles ont augmenté de volume et ne sont devenues douloureuses que fin mars de cette année. Mais le malade se plaignait déjà de fatigue vespérale depuis longtemps avant.

Fin mars, un ulcère minuscule a apparu au mollet gauche, face interne. L'hémorragie avait lieu le soir, après le travail de la journée. Après pansement avec une pommade à l'oxyde de zinc et le repos de la nuit, une certaine amélioration se produisait, jusqu'au lendemain soir.

A l'examen, après repos au lit, on ne voit guère qu'un paquet variqueux à la face interne du genou gauche. Mais aussitôt que le malade se lève, les veines gonflent immédiatement.

Par contre, on peut vider les varices en levant la jambe au-dessus du niveau du tronc en décubitus horizontal. L'épreuve de Trendelenburg est nettement positive des deux côtés et indique l'insuffisance valvulaire.

L'épreuve de la marche fait vider les veines mais moins complètement à droite. Impulsion à la toux, très nette.

Opération le 14 avril 1922. (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale sans incident. Résection de la crosse. Ablation des fils le 23 avril. Le malade quitte l'hôpital guéri le 4 mai 1922.

Epreuve oscillométrique avant l'opération :

Bras : max. 14 ; min. 10.

Jambe droite horizontale : max. 19; min. 10; debout : max. 30; min. 16.

Jambe gauche : horizontale, max. 21; min. 12. debout, max. 35; min. 18.

OBSERVATION n° 104. — Paulin P., 56 ans, entre à l'hôpital le 16 juin 1922 pour des varices du membre inférieur gauche.

Opération : 28 juillet 1922 (M. Mornard). — Rachi anesthésie. Anastomose saphéno-fémorale sans incidents. Résection de la crosse. Le malade quitte l'hôpital guéri le 16 août 1922.

OBSERVATION n° 105. — Jeanne P., 27 ans, employée aux écritures. Entrée à l'hôpital le 19 septembre 1922 pour varices de la saphène interne aux deux jambes.

La malade a remarqué l'apparition des varices et des troubles subjectifs à l'âge de 18 ans. A l'examen on constate aux deux membres inférieurs une impulsion nette à la toux et un signe de Trendelenburg positif. A l'épreuve de la marche les varices se vident bien en quelques minutes. Fatigue et sensation de pesanteur à la fin de la journée.

1^{re} *Opération* : 27 septembre 1922 (M. Leveuf). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incident. Ablation des fils le 7 octobre.

2^e *Opération* : 11 octobre 1922 (M. Leveuf). — Chlo-

roforme. Anastomose saphéno-fémorale par la méthode habituelle, sans incidents. Au sixième jour, élévation thermique à 40°. Injection de Propidon. — Retour le lendemain à 37°4, avec nouvelle élévation à 39°3 le jour suivant : 2° injection de propidon. Retour définitif à la normale. La malade quitte l'hôpital guérie le 7 novembre 1922.

Revue par nous le 18 janvier 1924, un an et 4 mois après la double anastomose, la malade se montre satisfaite du résultat obtenu. A notre examen nous nous trouvons devant une femme de très petite taille, maigre, ne dépassant pas 45 kilos. On constate au membre inférieur droit la saphène variqueuse à la jambe et à la cuisse. D'après la malade les varices sont restées sans augmentation de volume après l'opération. Le signe de Trendelenburg est négatif des deux côtés. L'impulsion à la toux n'existe pas. A l'épreuve de la marche les varices se vident bien. La malade dit avoir toujours froid aux extrémités inférieures et supérieures.

L'épreuve oscillométrique prise avant l'opération et au moment de notre examen nous donne les chiffres suivants :

Avant l'opération

	MAX.	MIN.	P.D.	I.O.
Bras.	12	8	4	4.
Jambe gauche horizontale.	16	9	7	4.
— debout.	21	19	2	5.
Jambe droite horizontale.	11	8	3	4.
— debout.	19	25	6	5.

A notre examen

Jambe gauche :

Horizontale.	18 — 8 — 10 — 4.
Levée.	15 — 5 — 5 — 5.
Assis.	22 — 13 — 9 — 6.
Debout.	25 — 15 — 10 — 4.

Jambe droite :

Horizontale.	16 — 10 — 6 — 4.
Levée.	14 — 7 — 7 — 4.
Assis.	20 — 12 — 8 — 4.
Debout.	25 — 15 — 10 — 4.

OBSERVATION n° 106. — Emile B..., 18 ans, entre à l'hôpital le 26 octobre 1922 pour des varices du membre inférieur droit.

Opération le 30 octobre 1922 (M. Girode). — Chloroforme. 1° Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incident. 2° Résection de la crosse de la saphène; elle reçoit un tronc commun des sous-tégumentieuses et de circonflexe, une seule honteuse (la deuxième honteuse se jette directement dans la fémorale, elle est liée et coupée. Suture au fil de lin.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 21 novembre 1922.

OBSERVATION n° 107. — Célestine G..., 50 ans, femme de ménage. Entrée à Cochin le 8 novembre 1922 pour des varices à la jambe droite. Ces varices ne

sont pas très accusées, mais sont la cause des troubles qui gênent notablement la malade. Œdème de la jambe droite qui remonte le soir jusqu'à la cuisse.

Opération le 13 novembre 1922. (M. Mornard). — Rachianesthésie. Anastomose par le procédé habituel. La saphène est très petite. On resèque la crosse. Ligature de cinq collatérales autour de la crosse.

La malade quitte l'hôpital guérie le 25 janvier 1923. Revue par nous le 7 février 1924, un an après l'anastomose, la malade se déclare satisfaite de l'opération. Elle accuse le soir une légère fatigue non comparable cependant à celle qu'elle ressentait avant l'intervention. L'œdème a disparu mais quelquefois, après une journée de travail debout la malade constate une légère enflure de ses chevilles. Pas de crampes ni de douleurs pendant la marche. Faculté de travail complètement récupérée. Trendelenburg négatif. Pas d'impulsion à la toux. Au point de vue anatomique on constate quelques dilatations variqueuses au niveau du tiers moyen de la jambe. A ce même endroit on trouve une zone pigmentée de la peau. Pas de varices à la cuisse. Jambe gauche normale. Arthrite sèche du genou droit. A l'épreuve oscillométrique on trouve des chiffres sensiblement analogues pour les deux jambes et dans les quatre positions établies par Mabilie. Cette malade a eu des accidents phlébitiques après son opération.

OBSERVATION n° 108. — Jeanne C..., 29 ans, domestique, entrée à l'hôpital le 23 mars 1923 pour varices et ulcère du membre inférieur droit.

Historique. — A l'âge de 17 ans, la malade a eu une grossesse au cours de laquelle elle vit ses jambes enfler très fortement. Accouchée à la Maternité, elle a présenté un mois environ après, trois phlébites successives : deux à la jambe droite et une à la jambe gauche. Après ces accidents, la malade quitta la Maternité, mais fut obligée de porter des bas à varices ou des bandes Velpeau.

Il y a cinq ans, début d'un nouvel accident. La malade voit la région antéro-inférieure de la jambe droite noircir et au bout d'un mois un ulcère variqueux se produit en même temps que les varices accusent un développement plus marqué. Cet ulcère s'est cicatrisé, mais il y a un mois, il se reproduit, décidant la malade à entrer à l'hôpital. Œdème marqué, le soir surtout, à la jambe droite. Quoique très fatiguée, la malade continue à faire son travail.

Examen : On se trouve en présence des varices peu développées à la partie inférieure du membre inférieur droit, qui augmentent de volume après une station debout prolongée. Signe de Trendelenburg positif. Les varices se vident bien pendant l'épreuve de la marche.

Opération : 13 avril 1923. (M. Delbet). — Rachianesthésie. Anastomose. Phénomènes phlébitiques anciens. Fémorale très difficile à disséquer. Anastomose bien étanche. Résection de la crosse. Six collatérales. Suture.

La malade quitte l'hôpital guérie, le 9 mai 1923.

Revue par nous le 17 janvier 1924, huit mois après l'intervention, cette malade se montre très satisfaite du résultat. L'œdème est disparu. L'ulcère n'a pas récidivé. Les dilatations variqueuses ont regressé complè-

tement. Cicatrice pigmentée au niveau de l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen de la face interne de la jambe droite, siège de l'ancien ulcère. Trendelenburg négatif. Pas d'impulsion à la toux. A l'épreuve oscillométrique, on trouve des chiffres sensiblement rapprochés aux deux jambes et dans les quatre positions établies par Mabilley. La faculté de travail est intégralement récupérée.

OBSERVATIONS n^{os} 109 et 110. — Mme Mes..., 36 ans. Entrée à l'hôpital le 20 février pour varices bilatérales.

Première opération le 13 mars 1922. (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel, sans incident. Ablation des fils le 23 mars.

2^e Opération le 3 avril 1922 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par la méthode habituelle, sans incident. Ablation des fils le 13 avril.

La malade quitte l'hôpital guérie le 30 avril 1922.

OBSERVATION n^o 111, — Lucien C..., 65 ans, livreur. Entré à Cochin le 1^{er} juin 1923 pour des varices énormes situées sur le trajet de la saphène interne du membre inférieur droit. Ces varices ont commencé vers l'âge de 32 ans. Elles étaient d'abord limitées à la jambe, puis se sont propagées à la cuisse. Le malade n'a jamais eu d'ulcère. Pas d'œdème le soir. La station debout prolongée cause au patient une sensation pénible

de fatigue. D'autres fois, pendant la marche, des douleurs et des crampes l'obligent à s'arrêter quelques minutes.

A l'examen on constate à la cuisse droite, sur le trajet de la saphène interne quelques ampoules variqueuses de la grosseur d'un œuf de pigeon. A la jambe on trouve d'autres ampoules moins dilatées. Quand on vide les varices en élevant la jambe sur le plan du lit ces ampoules sont remplacées par des dépressions. Impulsion à la toux très nette. A l'épreuve du lien élastique de Delbet les varices diminuent de volume et de tension, sans disparaître complètement. Trendelenburg nettement positif.

Opération le 27 juin 1923. (M. Leveuf). — Rachianesthésie. Anastomose par le procédé habituel. La saphène a été coupée. Elle est légèrement coudée. Résection très complète de la crosse. A signaler une collatérale crurale de la saphène qui vient se jeter dans le confluent de la saphène et de la fémorale et qui eut pu passer inaperçue.

Le malade quitte l'hôpital guéri le 27 juin 1923.

Revu le 6 février 1924, six mois et demi après l'opération, ce malade est très satisfait du résultat. A notre examen nous constatons une notable régression de la dilatation variqueuse. Au niveau du tiers supérieur de la face interne du tibia on trouve encore quelques veinules dilatées. Les ampoules que le malade présentait avant l'intervention ont presque complètement disparu. A la cuisse on constate une induration qui correspond au siège d'une ancienne dilatation ampullaire de la saphène. Trendelenburg négatif. Pas d'impulsion à la

toux. A l'épreuve du lien élastique, les varices se vident complètement. Pas de fatigue le soir. Pas d'œdème, ni crampes après une marche prolongée. Pas de troubles trophiques de la peau. Jambe gauche non opérée avec quelques petites dilatations variqueuses au tiers supérieur. Arthrite sèche du genou avec craquements aux mouvements de l'articulation.

L'épreuve oscillométrique nous a donné, en la comparant avec les chiffres obtenus avant l'opération, une notable amélioration au point de vue de la pression. Les maxima ont diminué dans les quatre positions du membre et la jambe opérée présente à peu près les mêmes chiffres que la jambe gauche qu'on peut considérer comme saine.

OBSERVATION n° 112. — Pierre R..., 21 ans, étudiant. Entré dans le service du Professeur Delbet le 30 octobre 1923 pour varices du membre inférieur droit.

Depuis quelques mois, le malade éprouve des douleurs à la jambe droite, surtout quand il marche vite. Il déclare avoir remarqué depuis son enfance que la saphène interne droite avait un volume plus considérable que la gauche. Le malade, qui est un pratiquant fervent des sports, il y a trois ans, a ressenti en sautant, une douleur assez violente à la partie interne de la cuisse.

Il a consulté un médecin qui constata alors la présence des varices et lui ordonna de porter des bas élastiques. A l'aide de ces bas, il a pu continuer à faire de longues marches, à courir et à sauter; voulant se débarrasser de l'usage de ses bas à varices, il se présente à la

consultation de l'hôpital Cochin pour se soumettre à une opération. A l'examen, on constate des varices pas très développées sur la jambe droite avec signe de Trendelenburg et impulsion à la toux nettement positifs. A l'épreuve de la marche, les varices se vident incomplètement, indication justifiée de l'anastomose saphéno-fémorale.

Opération : 31 octobre 1923 (M. Delbet). — Chloroforme. Anastomose saphéno-fémorale par le procédé habituel. Résection très complète de la crosse et de ses nombreux affluents. La veine saphène est très volumineuse, mais se contracte très bien. Le malade se lève au quinzième jour et sort guéri le 18 décembre 1923.

Revu par nous le 12 avril 1924 (cinq mois après l'opération, on constate à l'examen une notable régression des varices de la jambe droite opérée. Le signe de Trendelenburg et l'impulsion à la toux sont complètement négatifs. Pas de fatigue le soir. La sensation de douleur après la station debout prolongée a complètement disparu.

Du côté gauche, non opéré, rien de spécial à signaler à part un commencement de dilatation de la saphène avec un Trendelenburg très faiblement positif. A l'épreuve de la marche, les varices se vident complètement, ce qui explique que le malade ne présente, jusqu'à présent, aucun trouble de ce côté.

OBSERVATION 113. — Juliette L..., 33 ans, épicière. Entrée dans le service du Professeur Delbet pour varices et ulcère du membre inférieur gauche.

Historique. — Varices développées il y a une dizaine d'années au moment d'une grossesse. Ulcère apparu trois ans auparavant et qui n'a plus cicatrisé. Sensation de fatigue le soir, accompagnée d'œdème malléolaire. Dans les derniers mois, l'ulcération s'étant notablement agrandie, saigne abondamment et empêche le sommeil de la malade par une sensation pénible de picotement à prédominance nocturne.

Examen : au tiers inférieur de la face interne de la jambe gauche, ulcération de forme ovale de 4 centimètres de longueur sur 2 centimètres de largeur, d'aspect violacé et fond présentant des bourgeons charnus. Cet ulcère est entouré d'une zone de lymphangite assez étendue. Les pansements faits de 48 en 48 heures améliorent notablement l'aspect de la plaie et la malade peut se soumettre à l'anastomose le 30 mai 1923.

Opération : (M. Delbet). — Chloroforme. Femme grasse. Opération difficile. Découverte de la saphène qui est très postérieure. Découverte de la veine fémorale; nombreux vaisseaux qu'il faut lier. Une petite veine collatérale qui s'abouche à la face postérieure de la veine fémorale est arrachée par la sonde cannelée, laissant un trou dans la veine qui servira pour l'anastomose. Bonne suture veineuse. Le paquet de la saphène reséquée compte deux veines descendantes (sous-cutanée abdominale plus une veine innommée). Trois veines internes (honteuses). Suture cutanée au fil de lin.

La malade quitte l'hôpital le 16 juin 1923 en très bon état.

Cette malade a été revue par nous le 9 janvier 1924 (un an après l'opération). Elle se montre très satisfaite

du résultat obtenu. L'œdème a disparu. Les troubles fonctionnels n'existent plus. Le signe de Trendelenburg est négatif. On ne constate pas d'impulsion à la toux. Les varices se vident bien à l'épreuve de la marche. L'ulcère n'a plus récidivé. A sa place on trouve une cicatrice souple d'une grandeur comme une pièce de 2 francs, entourée d'une zone pigmentée.

Quelques varicosités au niveau du tiers supérieur de la face externe de la jambe. Quelques phlébolites sur la face interne au tiers moyen. Sur la jambe droite quelques varicosités au niveau du tiers moyen de la face interne. Dans ces varices on constate aussi quelques phlébolites. Signes nets d'insuffisance sur cette jambe droite non opérée.

EPREUVE OSCILLOMÉTRIQUE

	MAX.	MIN.	P.D.	I.O.
Bras droit.	15	9	3	
Jambe gauche horizontale.	17	9	8	3
— levée.	15	8	7	3
— assise.	20	16	4	3
— debout.	23	16	7	3
Jambe droite horizontale.	18	10	8	3
— levée.	16	8	8	3
— assise.	20	16	4	2
— debout.	22	15	7	2 $\frac{1}{2}$

CONCLUSIONS

1° Les varices typiques de la saphène interne sont la conséquence de l'insuffisance valvulaire, qui contrairement à l'opinion classique, précède la dilatation des veines.

2° Dans les varices occultes l'insuffisance valvulaire détermine des augmentations de la pression veineuse décelable par le procédé de Mabile, alors qu'il n'existe aucune dilatation apparente des veines.

3° Le traitement physiologique, rationnel de l'affection consiste donc à combattre l'insuffisance valvulaire. Le Professeur Delbet a imaginé de suppléer à l'insuffisance de la valvule déficiente de la saphène interne en abouchant cette veine dans la veine fémorale au-dessous d'une valvule suffisante qui est constante. C'est le procédé de l'anastomose saphéno-fémorale du Professeur Delbet. Il crée une anastomose directe entre le système veineux superficiel et le système veineux profond qui met le territoire de la saphène interne à l'abri des excès de pression et favorise la circulation de retour.

4° A cette anastomose il faut associer la résection du bout supérieur de la saphène interne strictement jusqu'à son embouchure dans la fémorale. La seule récurrence qu'on ait observée dans la statistique du Professeur Delbet tenait à ce que tous les affluents de la crosse de la saphène n'avaient pas été réséqués.

5° Sur 113 cas d'anastomose saphéno-fémorale pratiqués par le Professeur Delbet les résultats opératoires immédiats que nous avons relevé ont montré dans tous les cas la disparition des signes de l'insuffisance valvulaire.

6° Les résultats éloignés comportant 47 cas revus de un an à seize ans après l'intervention nous ont prouvé que la guérison est à peu près constante (2 échecs sur 47 malades revus).

7° En ce qui concerne les ulcères l'anastomose saphéno-fémorale provoque une cicatrisation rapide de l'ulcère. Dans 19 cas sur 23 opérés revus à longue échéance les ulcères n'avaient pas récidivé.

8° L'anastomose saphéno-fémorale est indiquée particulièrement chez les sujets jeunes porteurs de varices à extension progressive avec troubles fonctionnels accentués. Elle est indiquée également dans tous les cas compliqués de rupture ou d'ulcère.

L'anastomose saphéno-fémorale est la seule opération qui puisse guérir les variqueux chez lesquels la déplétion des veines superficielles dans le système veineux profond pendant la marche est nulle ou insuffisante.

9° Elle est contre indiquée chez les vieux variqueux

dont les veines sclérosées ont perdu la contractibilité de leur paroi. Lorsqu'il existe une phlébite en évolution ou une thrombose ou des lésions d'autres systèmes veineux (hémorroïdes, varicocèle), l'anastomose saphéno-fémorale est également contre-indiquée. Dans ces cas il faut recourir à la résection.

10° Les complications pendant et après l'intervention sont dues uniquement à l'inobservation des indications opératoires ou à une faute de technique. Sur 113 opérations de la statistique de M. Delbet, cette intervention ne comporte aucun cas de mort.

11° Un examen pratiqué par Hesse et Schaack un an et cinq mois après l'opération a démontré la perméabilité de l'anastomose.

12° La supériorité de l'anastomose saphéno-fémorale sur les autres méthodes opératoires a été prouvé en opérant sur des varices bilatérales : anastomose d'un côté, procédé différent de l'autre côté. Le résultat éloigné a toujours été meilleur du côté de l'anastomose saphéno-fémorale.

Vu, le Professeur :

Pierre DELBET.

Vu, le Doyen :

ROGER.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

ACHILLE, F. — Contributo alla cura chirurgica delle varici degli arti inferiori secondo il metodo Schiassi, *Gazz. d. Osp. Milano*. 1916. XXXVII 1570-1594.

ADAMS, E. — Causation of leg ulcers and enlarged veins and their treatment, *Intern. T. Surg. N. Y.* 1916 XXIX 109-113.

ALLEN, C. W. — Removal of varicose veins of the leg with local anesthesia, *N. Orl. M. & S. J.* 1916-1917 LXIX 621-623.

ALZIEN U. — Des phlébites variqueuses et de leur traitement chirurgical, Thèse Montpellier, 1912.

ARNOLDI W. — Ueber den Druck im Venensystem, *Deutsch. med. Woch.* XLVI, 1 janv. 1920 pp. 4-5.

AUDUSON, W. S. — Surgical treatment of varicose veins, *J. Tenn. M. Ass.* Nashville, 1918-19.

AXTELL, W. H. — Venous aneurismal varix, *Ann. Surg. Phila.* 1916, LXIX 525.

BAKALOFF, K. — Une nouvelle méthode de traitement des varices du membre inférieur, Thèse Lausanne 1910.

BALFOUR, D. C. — Varicose veins. *Journal-Lancet* Minneap, 1916 XXXVI 439-445.

BARACH, F. — Ueber Phlebectasie. *Wien. med. Woch.* 1914 LXIV 2154-2157.

BAZELIS, R. — Du traitement des varices et particulièrement des injections phleboscélérosantes. Thèse Paris 1924 (Bibliographie complète sur les injections intravariqueuses).

BECELAEN, 5. V. — Venous congestion: parastasis. *Detroit M. J.* 1917, XVIII 257-259.

BEHAN, R. J. — Physiological methods in the treatment of varicose ulcus. *Amer. J. Surg.* N. Y. 1920, XXXIV 106-108.

BELLOT V. J. — Cure radicale des varices par les injections intravariqueuses de quinine-méthané. *Arch. de méd. et pharm. nav.* Paris 1922, CXII 378-399.

BEMEKE, U. — Ueber Varicen und ihre Behandlung mit besonderen Berücksichtigung einer Discisionsmethode. Thèse Leipzig, 1912.

BILLARD, G. — La courbe oscillométrique obtenue avec l'oscillomètre sphygmométrique de Pachon. *Journ-Méd.* VIII sept. 1919, pp. 369-376.

BIRCHER. — Zur Behandlung der varicen und des ulcus cruris. *Zentr. f. Chir* 1911 n° 13.

BLAKE, J. B. — Varicose veins. *Internat. Clin. Phila.* 1918, 28 s. II 80-89.

BODE, Fr. — Grundlagen und Erfolge der Rindfleisch'schen varicenoperation. *Arch. f. Klin. Chir.* 1919 t. 112, pp. 592-606.

BUSCHI, G. — Contributo allo studio dell'istogenesi delle parete arteriosa e venosa nelle'uomo. *Att' d. Soc. lomb. di sc. med. e biol.* Milano 1914-15 IV 271-276.

BRUNTON, L. — Functional diseases of the veins. *Lancet. Lond.* 1915 II 570.

CAILLOUÉ, H. — Contribution à l'étude de la cure sanglante des varices; excision de grands lambeaux cutanés. Thèse Paris 1899.

CANAPRIER, P. A. — La clinique des varices des membres inférieurs. Thèse Bordeaux 1907.

CARLIER, G. — Les varices dans l'armée et leur traitement chirurgical. Thèse Paris 1905.

CASTLE. — Venous anastomosis for cure of varicose veins. *Journ. Amer. Med. Ass.* 1911, vol. 56.

CHARRADE, J. E. — De la ligature et de la resection de la veine saphène interne dans le traitement des varices. Thèse Paris 1892.

CLASEN, F. E. — Varicen und Ulcus cruris und ihre Behandlung als « Specialitat » fur den praktischen Arzt. *Med. Klinik. Berl.* 1918 XIV; 768, 793, 817, 841, 805, 890, 915, 940, 966, 993, 1018, 1042.

CLASEN, E. — Varices and Leg Ulcers. *Mediz. Klin. Berl.* t. 19, pp. 1302-1306, 1923 23-30 sept.

CLSTTENS. — Modification technique à la méthode de Sicard pour le traitement des varices. *Bull. Soc. de sc. méd. et biol. Montpellier*, 1922-23, IV 198.

COBELLIS, L. — Chirurgia vasale. Napoli 1915, 399 p. 4°.

COENEN. — Varix aneurysmaticus. *Berl. Klin. Woch.* 1918, LV 1061.

COENEN. — Diskussionsbemerkung zum Vortrage Hesse's und Schaack's Verhandlungen der Deutsch. Ges. f. Chir. t. 40 1911.

COENEN. — Diskussionsbemerkung zum Vortrage Gottschlich's Breslauer Chirurgische Gesellschaft, 12 II 12. *Zentr. f. Chir.* 1912 n° 13.

COLT, G. H. — Babcock's extraction operation for varicose veins. *Brit. J. Surg. Bristol* 1920-21, VIII. 486-492.

COOPERNAIL, G. P. — A method for making art varicose veins for operation. *Surg. Gynec. et Obst. Chicago* 1919. XXIX 423.

DA COSTA, O, P. -- Saphenectomy de Balcock. *Arch. brasil. de med. Rio de Janeiro*, 1915 V 79.

DELBET, P. et MOCQUOT, P. — Varices du membre inférieur (Pathogénie et traitement). *Annales de la Clinique chirurgicale du Professeur Pierre Delbet*, Paris 1913.

DELBET, P. — Anastomose saphéno-fémorale, *B. et M. Soc. de Chir.*, Paris 1916, XLIII, p. 1105.

DELBET, P. — Varices, *Progrès médical*, Paris, 1^{er} octobre 1921; t. 36, n° 40, p. 463.

DIND. — Deux cas de dilatations variqueuses des extrémités inférieures, *Cor Bl.*, f. Schweiz. Aerzte Basel 1917, XLVII, 1138-1140.

D. M. — Cura des varizes pelas injeccões intra varicosas de carbonato de sodio (Metodo de Sicard), *Rev. méd.*, de Angola Loander 1922, n° 3 163-166.

DOBROWOLSKAJA, N. A. — Zur Technik der End-zu-Seit Gefässanastomose, *Beit. z. Klin. Chir.*, t. 89, pp. 2 et 3, 1914.

D'ORIA, G. — A new operative treatment of edema and varices of the lower extremities due to thrombosis of the femoral vein, report of two cases. *Interna. J. Surg. N. Y.* 1915, XXVIII, 369-372.

DURAND, C. — Traitement des ulcères variqueux par l'incision circonférentielle de jambe (méthode de Moreschi et ses modifications). Thèse, Paris 1902.

DURAND G. — Méthode biométrique pour le diagnostic des états variqueux et le choix de leur thérapeutique, *Presse médic.*, Paris 1919, XXVII, 513-515.

ECONOMOS, C. P. — Traitement des varices par l'ex-cision de la veine saphène interne. Thèse Toulouse 1893.

FLUCKEN, H. — Zur Operation der Varizen. *Münch. med. Woch* 1920, LXVII, 322.

FORESTIER, J. — Le traitement des varices par les injections intravariqueuses (méthode de Sicard), *Progrès méd.*, Par. 1923, 3 s. XXXVI, 31-35.

FÖRST, A. W. — Ueber Kongenitale Varizen. Frankfurt Zeitsch. f. Path. Wurb. 1915, XXII, 137-157.

FRANGENHEIM. — Des Küssernbemerking zum Vortrage Hesse's und Schaack's Verhandlungen der Deutsch, Gesellschaft für Chir., t. 40, 1911.

FRAGNAUD, C. A. — Résultats éloignés de la saphe-nectomie. Thèse Bordeaux 1913.

FRIEDEL. — Operative Behandlung der Varicen, Elephantiasis und ulcus cruris. Arch. f. Klin. Chir. Bd 86, p. 143.

FROUIN, A. — Traitement des ulcères variqueux, des métrites chroniques, des chancres mous, par les sels de terres cériques, *Bull. Acad. Méd.*, 3^e sér., LXXXIII, 6 avril 1920, pp. 337-339.

GALANIDÈS (Thémistocle). — Les varices occultes ; diagnostic par la méthode Mabile. Thèse Paris 1920, 72 p. 8^o n^o 410.

GENEVRIER. — Du traitement des varices par les injections coagulantes concentrées de sels de quinine. *Soc. de méd. mil. franç.*, Par. 1921, XV, 109-171.

GENEVRIER. — Le traitement des varices et ulcères variqueux par les injections concentrées de sels de quinine. *Monde méd.*, Par. 1922, XXXII, 624-627.

GENÜTZ. — Zur Behandlung der Varicen mittelst der Spiralschnitts. *Münch. med.*, Woch. 1913, n° 23.

GOERLICH, M. — Ueber die Dauerresultate der Saphenaunterbindung bei der Behandlung der Varicen. Thèse Tübingen 1904.

GROSMAIRE, L. M. J. I. — Considération sur les varices du membre inférieur et leur traitement chirurgical. Thèse Nancy 1899.

GUACCERO, A. — Sulla cura chirurgica delle varici del l'arto inferiore, *Chir. d. org. di movimento*, Bologna 1918, 11 et 40.

GROSS, G. et HAYN, A. — Recherches sur un nouveau traitement des plaies atones et particulièrement des ulcères variqueux. Le bain électrolytique *Rev. méd. de l'Est*. Nancy 1919, XLVIII 260-264.

GUADAGUINI, A. — Sulla varici in genere et sulla dilatazione ampollare della safena allo sboco nella femorale. *Ann. di med. nav.* Roma 1916, II 491-502.

GUERITEAU, G. — Contribution à l'étude de la phlébite variqueuse des membres inférieurs et en particulier de son traitement opératoire. Thèse Paris 1893.

GUIMBELLOT. — Le traitement chirurgical des varices *J. de méd. et chir. prat.* Paris 1922, XC III 161-171.

HACKER, V. — Vereinfachung der operativer Behandlung der Varicen der unteren Extremität. *Klin. therap. Woch. Berl.* 1920 XXVII, 1-7.

HAGGARD, E. M. — Varicose veins. Eclect. M. J. Cincin. 1918 LXXVIII 564-568.

HAMON, E. — Contribution à l'étude de la resection totale des veines saphènes variqueuses. Thèse Montpellier 1910.

HARRY, F. — Die Behandlung des sekundäre infizierter Ulcus cruris varicosum unter Berücksichtigung des biologischen Verhaltens der Bakterien. Therap. d. Gegenw. Berl. 1922, LXIII 211.

HASEBROCK. — Eine physikalisch-experimentell begründete neue Auffassung der Pathogenese der Varicen. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* t. 136, p. 381.

HASEBROCK, K. — Eine physikalisch-experimentelle begründete neue Auffassung der Pathogenese der Varicen. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.* 1916, CXXXVI 381-399.

HESSE, E. et SCHAACK, W. — Die anatomisch-physiologische und klinische Bewertung der sapheno-femoralen Anastomose bei Varicen unter besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate dieser Operation. *Beitr. z. klin. chir.* 1921 t. 124, pp. 1-84.

HESSE, E. et SCHAACK, W. — Die sapheno-femorale Anastomose, eine Ueberpflanzung der Vena saphena in die Vena femoralis mittels Gefäßnaht, eine Behandlungsmethode bei Varicen. *Russki Vrach.* 1911 n° 8 et 9.

HESSE, E. et SCHAACK. — Die Klappenverhältnisse der Oberchenkelvein und der Vena saphena magna in

ihrer klinischen Bedenkung für die operation der sapheno-femoralen anastomose. *Virchow's Arch. f. path. Anat. u. Phys.* t. 205, 1911.

HESSE, E. et SCHAACK. Die sapheno-femorale Anastomose. *Arch. f. klin. Chir.* t. 95, pp. 1-2.

HESSE, E. et SCHAACK. — Zur Frage der Gefäß-transplantation bei Krampfadern. *Deutsch. med. Woch* 1911 n° 47.

HESSE, E. et SCHAACK. — Zur pathologischen Anatomie und Histologie der Venennaht, spezielle der sapheno-femoralen Anastomose. *Beitr. z. klin. Chir.* t. 89, pp. 2 et 3 1914. *Russki Vrach* 1914 n° 56.

HESSE. — Über die klinische Anwendung der Gefäßnaht. *Beitr. z. Klin. Chir.* t. 82, 1912, n° 43.

HENSCHEN. — Doppelseitige Varicen durch die Babeock'sche Operation geheilt. *Cor. Bl. f. Schweiz. Aerzte.* Basel 1915, XLV 305.

HIPPMANN, E. G. — Ueber die Ligatur bei Varicen der unteren Extremität. *Thèse de Greifswald*, 1894.

HOMANS, J. — The significance and treatment of varicose vein. *J. Industr. Hyg.* Bost. 1919-1920. I. 567-574.

HORSLEY, J. S. — Surgery of the blood vessels. St-Louis 1915, C. V. Misting et C° 304, p. 80.

HORSLEY, J. S. et WHITEHEAD, R. H. — A study of reversal of the circulation in the lower extremity. *J. Am. M. Ass.* Chicago 1915 LXIV 873-877.

HORNANO, J. — The operative treatment of varicose veins and ulcers, based upon a classification of these lesions. Surg. gynec. et obst. Chicago 1916, XXII 143-158.

JANNELLI, G. — La cura della varici degli arti com li ingiezioni trombosanti. Studium, Napoli 1922 XV, 370-374.

JÜRGENSEN, E. — Mikrokapillarbeobachtungen. Ein Beitrag zur pathologischen Physiologie des Kreislaufsystems, *Deutsch. Arch. f. Klin. Med.* Leipz. 1920. CXXXII, 204-218.

JEAN et KOTTMAIER, E. — Varikoser Symptomenkomplex und Röntgebild. *Dermat. Zeitsch. Berl.* 1915 XXII, 479-484.

KOPPELMAN, F. N. — Injection of hot sodium chlorid solution intreatment of varicose veins. *J. Am. Med. Ass.* Chicago 1919 LXXII 1216.

KAPPIS, M. — Periarterial sympathectomy. *Klinische Woch.* 1923 30 pul. pp. 1441-1446.

KAYSER. — Zur Behandlung der varikosen Symptomenkomplexes mit dem Spiralschnitt (nach Rindfleisch Friedel), *Brun's Beitr. z. klin. Chir.* t. 68, p. 802.

KEITH, J. R. — Pain caused by dilatation of the deep veins of the thighs. *Practitioner Lond.* 1916, XCVII 584.

KELLING, K. — Die Entstehung von Krampfadern. *Therapie d. Gegenw. Berl.* 1919 LX 240.

KENNEDY, A. D. — The treatment of rodent ulcer by chemic acid solution. *Brit Med. Journ.* Lond. 1922, II 844.

KLAPP. — Ueber Varizenbehandlung mit vieler perkutanen Umsteckungen und über Varikoselenbehandlung. *Deutsch. med. Woch.* 1921 XLVII 9.

KLAPP, R. — Experimentelle und klinische Studie über Varicen. *Arch. f. klin. Chir.* 1923 t. 127 pp. 500-513.

KLAPP, R. — Varices. *Arch. f. klin. Chir.* t. 127, 1923, pp. 500-515.

KOCHER, T. — Vereinfachung der operativen Behandlung der Varicen. *Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* Bd 138, pp. 113.

KOLLER-AEBY, H. — Treatment of varices. *Schweiz. méd. Woch.* 20 oct. 1921 t. 51 p. 212, p. 957.

KOSTISS. — Ueber Gefässnaht. Verhandl. d. Sudrussische Kongresse f. operat. Medizin. in Belgrad 13-20 IX 1911.

KOSTLIVY, S. — Delbet's operation, sapheno-femoral anastomosis its technique and results. *Casop. lék. česk.* v. Prague. 1914 LIII 609-613.

KRABBEL, M. — Zur Behandlung der varikösen Symptomenkomplexes. *Münch. med. Woch.* 1915, n° 30. *Deutsch. med. Woch.* 1915, XLI, 886.

KUMMELL. — Experiences with sympathectomy. *Zentr. f. Chir.* 1923, t. 50, 1434-1439.

KÜTTNER. — Diskussionsbemerkung zum Vortrage Weichert's. Zentr. f. Chir. 1913, n° 1.

LAZARUS, D. — Treatment of varicose veins in the legs. N. Y. M. J. 1917, CVI, 829.

LE BLAYE, R. — La méthode des injections intravasculaires : ses difficultés et ses avantages, *Bull. Soc. med. de la Vienne*, Poitiers 1922, 75-82.

LEVY, Richard. — Diskussionsbemerkung zum Vortrage Weichert's. Zentr. f. chir. 1913, n° 1.

LINDEMANN. — Zur Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie, t. 114, p. 563.

LÖHR. — Treatment of varices. Deutsch. Zeitsch. f. Chirurgie, juill. 1921, t. 165, n°s 3-4, pp. 166-216.

MABILLE, L. — Une nouvelle méthode biométrique de diagnostic des états variqueux des membres inférieurs et de contrôle de leurs thérapeutiques. *Bull. Acad. de méd.*, Paris 1919, 30, LXXXII, 148-150.

MABILLE, L. — Méthode biométrique pour le diagnostic des états variqueux et le choix de leur thérapeutique, *Presse médic.*, Paris 1919, XXVII, 513-515.

MABILLE, L. — How to treat a varicose subject. *Med. Press.*, Lond. 1923, n° 5, CLXV, 112-114.

MAGNUS, G. — Zirkulationsverhältnisse in Varicen. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. Leipz. 1921, CLXII, 71-93.

MANTELLI, C. — De l'anastomosmi safeno-femorale

(indicazioni ed esiti). Clin. chir. Milano 1920, N. s. II, 666-685.

MAURY et DUBOUCHER. — Soc. de méd. d'Alger 1914.

MARCOZZI, V. — Sulla cura chirurgica delle varici del l'arto inferiore; modifiche operatorie ; contributo clinico di 50 casi. Gazz. Internaz. di med. Napoli 1915, XVIII, 431-445.

MARCOZZI, V. — Sulla cura chirurgica delle varici dell'arto inferiore. Tommasi Napoli 1914, IX, 433-442.

MATHEIS, H. — Zur Injektionsbehandlung der Krampfadern. Zentr. f. Chir. Leipz. 1920, XLVIII, 254-256.

MEYER, F. — Die Behandlung der varikosen Symptomenkomplexes nach Rindfleisch-Friedel und deren Erfolge. Festschrift Zum H. Bircher. Tubingen 1914, 429-444.

MONPELLIE, J., LACROIX, A. et BOUTIN, P. — Note au sujet de la fibrose curative des varices par les injections intraveineuses de biiodure de mercure. Paris 1923, XXX, 53-56.

MORRIS, D. H. — The deeper structural changes arising from varicose ulceration. Surg. Gynec. et Obst. Chicago 1920, XXX, 72-82.

MOSSÉ, S. — Thèse Paris 1918.

MURPHY, J. B. — Talk on varicose veins and varicose leg ulcers. Surg. Clin. Phila. 1916. V. 775-798 1 pl.

MURPHY, J. B. — Varicose veins of leg ; multiple resection. *Surg. Clin. Phila.* 1916. V. p. 969.

NOBILI, U. — Contributo alla cura delle varici dell'arto inferiore con speciale riguardo al metodo Schiassi. *Policlinica Roma* 1921, XXIII, sez. chir. 149-159.

NOBL, G. — Der variköse Symptomenkomplex (Phlebektasie, Stanungsdermatose, Ulcus, cruris), sein Grundlagen und Behandlung. 2 Aufl. Berl. u. Wien. 1918, Urban et Schwarzenberg, 324 p. 8° 1918.

NOBL, G. — Der variköse Symptomenkomplex. 2° ed. Urban et Schwarzenberg, Berl. u. Wien. 1918.

NOBL, G. — Variköse Erkrankungen und Syphilis. *Wien. Klin. Woch.* 1917, XXX, 193-199.

OCHSNER, A. J. — Varicose veins of the leg. *Surg. Clin. Chicago* 1917, I, 917-929.

OPPEL, W. A. — Ueber die chirurgische Behandlung der Varicen. *Verh. d. Russisch. Chirurgisch. Pffogoff-Gesellschaft in St Pétersburg* 1919.

PACHON, V. — L'oscillométrie : sa spécificité et son champ d'information. *Journ. Med.*, VIII, sept. 1919, pp. 355-368.

PELISSIER, G. et DUBOUCHER, H. A. — I. Anastomose saphéno-fémorale pour varices par insuffisance valvulaire de la saphène interne. — II. Résultat éloigné d'une anastomose saphéno-fémorale. Récidive d'un eczéma quatre années seulement après l'intervention. (*Rapp. P.*

Delbet). *B. et M. Soc. de Chir.*, Paris 1920, XLVI, 621-626.

POLLAK. — Zur Behandlung der varikösen Symptomenkomplexes mit dem Spiralschnitt nach Rindfleisch-Friedel. *Wiener klin. Woch.* 1911, n° 26.

POLLOCK, C. E. — An unusual case of varix. *J. Roy. Army Med. Corp. Lond.* 1915, XXIV, 376.

PUTZU, F. — La cura delle varici degli arti inferiori col metodo Schiassi. *Clin. Chir. Milano* 1919, u. s. 1163-1174.

QUISERNE, P. — L'opothérapie dans le traitement médical des varices. *Méd. prat.*, Paris 1923, XXX, 227-232

QUISERNE, P. — Le traitement médical des varices. *J. de méd. et chir. prat.* Paris 1922, XCIII, 153-161.

RAUCH. — Die operative Behandlung von Varikositäten und Ulcera cruris mit dem Rindfleisch-Friedel'schen Spiralschnitt. *Brun's Beitr. z. klin. Chir.*, t. 86, p. 403.

RICHARDSON, E.-H. — Note in saphenous varix simulating a femoral hernia. *Ann. Surg. Phila.* 1918, LXVII, 471.

RICHARDSON, E.-H. — A case of saphenous varix simulating a femoral hernia. *Bull. John Hopkins Hosp. Balt.* 1918, XXIX, 330.

ROGER H. — Quelques mots d'historique à propos

des injections intravariqueuses. Marseille, méd. 1920, XVII, 103-109.

ROSNER J. et WOHLSTEIN E. — Zur Frage der Behandlung der Krampfadern mit Sublimatinjectionen nach Lissa. *Med. Klin. Berl.* 1922, XVIII, 1527.

ROMICH S. — Eine teleologische Studie über Varizen. *Centr. f. allg. Path. ü. Path. Anat.* Iena, 1920, XXX, 531-534.

SECHER K. — Treatment of varices of the lower extremities by the Kusmik-Schede method. (2 communications). *Hosp. Tid. Kopenh.* 1915, 5. R. VIII, 140-142.

SAMPARO A. Sur l'emploi de l'or colloïdal dans le traitement de l'ulcère variqueux. *Brasil, Medico Anno XXXIII.* 22 nov. 1919, pp. 369-372.

SCHARY A. — Zur Behandlung der Krampfadern. *Zentr. f. Chir. Leipz.* 1922, XLIX, 1372.

SCHLASBERG H. I. — Contribution au traitement de l'ulcère variqueux. *Hygiea LXXX*, 1^{er} août 1919. pp. 880-884.

SCHERBER. — Symptome der varikösen Symptomenkomplexes an beiden Füßen. *Wien. klin. Woch.* 1917, XXX, 1000.

SCHULTZE, E. O. P. — Ueber eine neue Methode der Varicenoperation. *Zentr. f. Chir. Leipz.* 1920 XLVII 1482.

SCHWARTZ. — Sur un cas de varice thrombosée de la

saphène simulant une hernie étranglée. *Rev. gén. de chir. et de thérap.* Paris 1915 XXIX 197.

SECHER, K. — Behandlung von Varicen an den unteren extremitate nach der Methode von Kuzmik-Scheele. *Berl. Klin. Woch.* 1915 LII 608-40.

SECHER, K. — Behandlung at Varicer paa Underkestre mi setene efter Kuzmik Scheder Metode. *Hospit. Tid. Kobenk.* 1915, 5 R. VIII 353-359.

SECORD, E. R. — The surgical treatment of varicose veins of the lower extremity. *Canada Lancet.* Toronto 1917-18, LI 51-54.

SEXTON, L. — Observation on varicose veins. *Virginia M. Series. Month. Richmonal* 1915-16 XX 218.

SICARD, J. A. et ROGER, A. — Traitement des varices superficielles des membres inférieurs par injections intravariqueuses de carbonate de soude. *Marseille méd.* 1919 LVI 1098; 1920 LVII 97-103.

SICARD, J. A., PARAF, J., et LERMOYEZ, J. — Traitement des varices par les injections phleboscélérosantes de salicylate de soude. *Gaz. d. Hôp.* Paris 1922 XCV 1573-1575.

SICARD, J. A. et PARAF J. — Traitement des varices par l'injection intravariqueuse de carbonate de soude. *B. de M. Soc. méd. d. Hôp. Paris.* 1920 3 s. XLIV 1369-1375.

SONNTAG. — Angeborene gemeine Phlebectasie an der linken, unteren extremitat. *Med. Klin. Berl.* 1918, XIV 774.

STADEL, F. — Die Varicen und ihre chirurgische Behandlung. Deutsch, Zeitsch, f. Chir. 1918 CXLV 212-246.

STEARNS L. M. — Simplified treatment of the ordinary varicose ulcer. *J. Am. M. Ass. Chicago*, 1920, LXXIV, 172.

STENWARD. F. J. — Some points concerning the operation for varicose veins. *Guy's Hosp. Gaz. Lond.* 1918, XXXII, 316.

STEWART, F. J. — Some points concerning the operation for varicose veins. *Brit. Med. J. Lond.* 1918, II, 286.

STEWART D. H. — Office treatment of varicose veins. *Am. Med. Burlington, Ct. et N. N. S.* XI, 242-244.

STEWART, D. H. — The ambulant treatment of varicose veins. *Med. Press et Circ. Lond.* 1916, N. S. CI, 11.

TAMISEA J.-A. — Method of removing varicose veins. *J. Am. Med. Ass. Chicago* 1919, LXXIII, 497.

THIBIERGE G. et LEGRAIN P. — Le traitement de l'ulcère de jambe. *Clinique Paris*, 1922, XVII, 171.

TSSHEREPNINA. — Sapheno-femoral Anastomose bei Varizen. Deutsch Zeitsch. J. Chir. 1924.

TURNER P. — The etiology and treatment of varicose veins. *Guy's Hosp. Rep.* 1923, LXXII, 225-232.

WEDERBAKE. — Ueber die Behandlung der Krampfa-

dern Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Iena, 1918. XV, 67-79
Varicen. *Berl. Klin. Woch.* 1913, n° 30.

WIERROVORWSKI. — Diskussionbemerkung zum
Vortrage Gottschlichs. *Zentr. f. Clin.* 1912, n° 13.

WELLS H.-O. — The cure of varicose veins without
surgery. *Med. Summ. Phila.* 1919, XLI, 80.

WIESEL, J. und LOWY R. — Die Erkrankungen der
peripheren Gefäße bei akuter und chronischer Kreis-
laufinsuffizienz. *Wien. Klin. Woch.* XXXII, 6 nov.
1919, pp. 1083-1086.

ZIRN, C. — Die Behandlung der Krampfedern mit
intravenösen Sublimatinjektionen. Eine Methode für
den Praktischen Arzt. *Dermat. Zeitschr. Bul.* 1916,
Orig. XXIII, 650-661.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	17
CHAPITRE I. — Aperçu anatomique sur le système veineux des membres inférieurs.....	23
Veines superficielles.	23
Veines profondes.	25
Veines communicantes et valvules veineuses....	27
CHAPITRE II. — Anatomie des valvules des veines du membre inférieur.....	31
Physiologie des valvules veineuses du membre inférieur.	37
CHAPITRE III. — L'insuffisance des valvules dans les veines variqueuses et le rôle de cette insuffi- sance dans l'apparition des varices.....	43
Des troubles métaboliques dans les veines.....	47
Histologie des veines variqueuses.....	50
CHAPITRE IV. — Etude clinique.....	55
Varices apparentes.	55
Varices occultes.	63

	Pages
CHAPITRE V. — Pathogénie des varices de la saphène interne.	73
L'unilatéralité et la bilatéralité des varices et prédisposition des deux membres.	80
CHAPITRE VI. — Méthodes de traitement des varices.	85
1° Oblitération des veines variqueuses.	85
2° Opérations basées sur une théorie pathogénique des varices.	90
CHAPITRE VII. — Technique de l'Anastomose saphéno-fémorale.	97
a) Anesthésie.	98
b) Hémostase.	99
Suture vasculaire d'après le Professeur Delbet.	106
Méthode Hesse-Schaack.	111
La suture de dilatation d'après Dobrowolskaja, avec incision en lambeau de la saphène.	111
Eventualité d'une embolie gazeuse.	115
Anatomie pathologique de l'Anastomose saphéno-fémorale.	117
CHAPITRE VIII. — Modifications de l'Anastomose saphéno-fémorale.	121
De l'Anastomose saphéno-fémorale en relation avec des anomalies de la saphène interne et de la fémorale superficielle.	125
CHAPITRE IX. — Des accidents et des complications post-opératoires.	131
Mortalité.	131
Des possibilités de l'infection endovasculaire et périvasculaire.	133

	Pages
Suites opératoires de l'Anastomose saphéno-fémorale.	134
CHAPITRE X. — Résultats immédiats de l'Anastomose saphéno-fémorale.	141
CHAPITRE XI. — Résultats éloignés de l'Anastomose saphéno-fémorale.	151
Etat subjectif des malades opérés et de leur aptitude au travail.	153
Les Œdèmes.	157
Les symptômes d'insuffisance valvulaire.....	158
De l'état anatomique des varices après l'opération.	166
CHAPITRE XII. — Des résultats de l'Anastomose saphéno-fémorale chez les variqueux porteurs d'ulcères.	171
CHAPITRE XIII. — Résultats éloignés obtenus par d'autres chirurgiens ayant pratiqué l'Anastomose saphéno-fémorale.	199
CHAPITRE XIV. — Comparaison de l'Anastomose saphéno-fémorale avec les autres méthodes opératoires sur un même malade.....	211
CHAPITRE XV. — La valeur clinique de l'Anastomose saphéno-fémorale en rapport avec l'âge et le sexe.....	219
Durée de l'affection avant l'intervention.....	223
Rupture de varices ayant précédé l'Anastomose	226

	Pages
Indications et contre-indications de l'Anastomose saphéno-fémorale.	229
Observations.	236
Conclusions.	411
Bibliographie.	415

